

**Aus der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
des Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf der Universität Hamburg
Direktor: Prof. Dr. D. Naber**

**Lösungsmittelmissbrauch – eine „vergessene“ Sucht?
Eine Repräsentativbefragung in Beratungsstellen von 1990
und aktuelle Implikationen**

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
dem Fachbereich Medizin der Universität Hamburg vorgelegt von

Peter Thomsen

aus Flensburg

Hamburg 2005

Angenommen von dem Fachbereich Medizin
der Universität Hamburg am: 02.02.2006

Veröffentlicht mit Genehmigung des Fachbereichs Medizin der Universität Hamburg

Prüfungsausschuss, der/die Vorsitzende: Prof. Dr. R. Thomasius

Prüfungsausschuss, 2. Gutachter/in: PD Dr. D. Schwoon

Prüfungsausschuss, 3. Gutachter/in: PD Dr. C. Haasen

In Gedenken an meinen Vater

Inhalt

	Seite
1. Einleitung	1
1.1. Das Phänomen „Schnüffeln“	1
1.2. Sucht und Abhängigkeit	2
1.3. Lösungsmittelmissbrauch	4
2. Forschungsstand	6
2.1. Missbrauchte volatile Substanzen	6
2.2. Praktiken, subjektives Rauscherleben und akute Intoxikation	8
2.3. Neuropsychologische und organische Gesundheitsschäden	11
2.4. Konsumenten und Risikoträger	11
2.5. Epidemiologie und Repräsentativumfragen	14
2.6. Lösungsmittel in frei erhältlichen Massenartikeln: Wirtschaftlich-rechtliche und gesundheitspräventive Probleme	19
3. Zielsetzungen und Fragestellungen der Untersuchung	24
3.1. Zielsetzungen der Untersuchung	24
3.2. Die Hypothesen zur Repräsentativumfrage	25
4. Methodik und Untersuchungsdurchführung	29
4.1. Untersuchungsplanung und -durchführung	29
4.2. Zusammensetzung der untersuchten Grundgesamtheit	30
4.3. Zusammensetzung der Stichprobe	31
4.4. Erhebungsinstrument	32
4.5. Non-responder	37
4.6. Auswertung und statistische Verfahrensweise	37
4.7. Überlegungen zur Repräsentativität und Pilotphase der Untersuchung	38

5.	Ergebnisdarstellung	39
5.1.	Rücklaufquote	39
5.2.	Darstellung der Untersuchungsbefunde	40
5.3.	Darstellung der Untersuchungsbefunde jener Institutionen, die vor 1989 Klienten betreuten, die Lösungsmittel zum Zweck der Rauscherzeugung missbrauchten	48
5.4.	Betrachtung einzelner Untersuchungsbefunde vor dem Hintergrund der Bevölkerungsdichte	71
6.	Diskussion	72
6.1.	Übersicht über die Hauptbefunde	73
6.2.	Diskussion der Hauptbefunde	75
6.3.	Limitationen	89
6.4.	Ertrag und Aussicht	89
7.	Zusammenfassung	92
8.	Literaturverzeichnis	94
9.	Anhang	105
9.1.	Tabellen	105
9.2.	Erhebungsbogen	116
9.3.	Anschreiben an die Beratungsstellen	119
10.	Danksagung	121
11.	Lebenslauf	122
12.	Eidesstattliche Versicherung	124

Einleitung

Diese Arbeit hat zum Ziel, das Phänomen des Lösungsmittelmissbrauchs in den achtziger Jahren in der damaligen Bundesrepublik Deutschland aus der Sicht von Beratungsstellen zu beleuchten. Grundlage dieser Untersuchung sind die Ergebnisse einer Repräsentativumfrage, die 1990 bei verschiedenen Institutionsgruppen in den „alten“ Bundesländern durchgeführt wurde. Es wurde darauf Wert gelegt, wichtige Anknüpfungspunkte heraus zu arbeiten, die es ermöglichen, einen sinnvollen Bezug zur heutigen Situation des Lösungsmittelmissbrauchs in Deutschland und Europa herzustellen. Die Umfrageergebnisse werden hierfür auch vor dem Hintergrund des aktuellen Forschungsstandes dargestellt und diskutiert. Es wird auf diese Weise angestrebt, mit den erhobenen Befunden einen Beitrag dazu zu leisten, das Problem des Lösungsmittelmissbrauchs in unserer Gesellschaft mit seinen weit reichenden Folgen für die Konsumenten besser zu verstehen.

1.1. Das Phänomen „Schnüffeln“

Der Lösungsmittelmissbrauch wird umgangssprachlich „Schnüffeln“ genannt, worunter das bewusste Einatmen von Dämpfen flüchtiger oder gasförmiger Substanzen zur Erzeugung eines Rauschzustandes verstanden wird. Die Bezeichnung leitet sich vom Angloamerikanischen Wort „sniffing“ ab, das Ackerly und Gibson 1964 wählten, um das unersättliche Verlangen eines achtjährigen mexikanischen Jungen nach Inhalation von Feuerzeugbenzin zu beschreiben (Thomasius 1988). Schnüffeln ist kein neues Phänomen. Das Orakel von Delphi soll der Sage nach berauscht von aus Erdspalten austretenden Gasen seine rätselhaften Prophezeiungen zum Besten gegeben haben. Seitdem den Menschen leichtflüchtige Lösungsmittel zur Verfügung stehen, werden diese inhaliert. Im 19. Jahrhundert wurde Äther geschnüffelt, es wurden regelrechte Ätherparties veranstaltet (Rudgley 1999). Lachgas wird seit über 200 Jahren auch zur Berauschung eingeatmet. Auch wenn es chemisch nicht zu den Lösungsmitteln gerechnet werden kann, gehört es zu den volatilen Substanzen, die zum Zweck der Rauscherzeugung genutzt werden können. So bestätigten die australischen Gesundheitsbehörden einen Bericht, wonach am staatlichen Wollengong-Hospital in Sydney zehn Hebammen sich gemeinsam mit einem Arzt regelmäßig mit Lachgas berauschten, während in den Nachbarzimmern Kinder geboren wurden (Michel 2002).

Obwohl gesichert ist, dass der missbräuchliche Konsum volatiler Substanzen zum Zweck der Rauscherzeugung zu psychischer Abhängigkeit führen kann, mit einer Toleranzentwicklung einhergeht und je nach Art des konsumierten Stoffes weit reichende

Gesundheitsschäden zur Folge haben kann, sind die Publikationen zu diesem Thema seit Anfang der neunziger Jahre deutlich zurückgegangen (Elsner et al. 2003). Im Vergleich der verschiedenen Suchtmittel scheint die Forschung auf dem Gebiet des Missbrauchs von Inhalanzien zunehmend ein Schattendasein zu führen. So findet man im Internet im Vergleich zu z.B. „Ecstasy-Konsum“ nur wenig unter dem Stichwort „Schnüffeln“. Selbst auf mancher Drogenberatungsseite im Internet ist das Thema Schnüffeln nur über den Index aufzurufen oder schlicht nicht genannt. Ein Indiz dafür, dass die Schnüffelsucht unterschätzt wird? Ausnahmen stellen diesbezüglich die Non-Profit-Organisationen Re-Solv (The Society for the Prevention of Solvent & Volatile Substance Abuse) in Großbritannien und die National Inhalant Prevention Coalition (NIPC) in Texas/USA dar, die sich auf ihren Websites umfangreich mit dem Missbrauch von Inhalanzien beschäftigen und an Hand neuester Umfragebefunde die Aktualität dieser Problematik unterstreichen (<http://www.re-solv.org>, <http://www.inhalants.org>). Diese zeigen 2004 einen erneut steigenden Trend an amerikanischen Schulen sowie weiterhin hohe Todesraten in England und Wales.

1.2. Sucht und Abhängigkeit

Unter **Sucht** wird alltagssprachlich die durch den „Missbrauch von Rauschgiften und bestimmten Arzneimitteln zustande kommende zwanghafte psychische und physische Abhängigkeit, die zu schweren gesundheitlichen Schäden führen kann“, verstanden (Meyers Grosses Taschenlexikon 1981).

Der Begriff der **Abhängigkeit** ist in der populär-wissenschaftlichen Literatur vorherrschend und wird z. B. im folgenden Sinne verwendet:

„Abhängig von Suchtmitteln ist jeder, der

>die Einnahme eines Suchtmittels nicht beenden kann, ohne dass unangenehme Zustände körperlicher oder seelischer Art auftreten oder

>doch immer wieder so viel von einem Suchtmittel zu sich nimmt, dass er sich oder andere schädigt“ (Lindenmeyer 2001).

In der Bundesrepublik Deutschland wird klinisch-medizinisch die **Diagnose** nach der „**Internationalen Klassifikation psychischer Störungen**“ (**ICD**) der Weltgesundheitsorganisation gestellt, die in der 10. Revision (ICD 10) erschienen ist (Dilling et al.1993).

Nach ICD 10 werden 10 Syndrome unterschieden, die durch flüchtige Lösungsmittel verursacht sein können und durchaus nebeneinander klassifiziert werden können:

F 19.0 Akute Intoxikation

F 19.1 Schädlicher Gebrauch

F 19.2 Abhängigkeitssyndrom

F 19.3 Entzugssyndrom

F 19.4 Entzugssyndrom mit Delir

F 19.5 Psychotische Störung

F 19.6 amnestisches Syndrom

F 19.7 Restzustand

F 19.8 sonstige psychische und Verhaltensstörungen

F 19.9 nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung

Mit einer fünften Stelle kann das klinische Erscheinungsbild des jeweiligen Syndroms noch weiter beschrieben und klassifiziert werden.

Von besonderem Interesse für diese Arbeit ist die differentialdiagnostische Abgrenzung von der akuten Intoxikation (F 19.1), dem schädlichen Gebrauch (F 19.1) und dem Abhängigkeitssyndrom (F 19.2). Die akute Intoxikation beschreibt jeden aktuellen Rauschzustand nach dem Konsum von flüchtigen Lösungsmitteln, während beim schädlichen Gebrauch ein Konsummuster von Lösungsmitteln vorliegt, das zu einer tatsächlichen Schädigung der psychischen oder physischen Gesundheit des Konsumenten geführt hat.

Um ein Abhängigkeitssyndrom (F 19.2) zu diagnostizieren, müssen nach ICD 10 mindestens 3 der folgenden Kriterien innerhalb des letzten Jahres vor Diagnosestellung gleichzeitig vorhanden gewesen sein:

1. Starker Wunsch oder eine Art Zwang, flüchtige Lösungsmittel zu konsumieren.
2. Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums.
3. Körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums, nachgewiesen durch die substanzspezifischen Entzugssymptome oder durch die Einnahme der gleichen oder einer nahe verwandten Substanz, um Entzugssymptome zu mildern oder zu vermeiden.
4. Nachweis einer Toleranz. Um die ursprünglich durch niedrige Dosen erreichten Wirkungen der Lösungsmittel hervorzurufen, sind zunehmend höhere Dosen erforderlich.

5. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums, erhöhter Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen.
6. Anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen, wie z.B. Leberschädigung durch exzessives Trinken, depressive Verstimmungen infolge starken Substanzkonsums oder drogenbedingte Verschlechterung kognitiver Funktionen. Es sollte dabei festgestellt werden, dass der Konsument sich tatsächlich über Art und Ausmaß der schädlichen Folgen im klaren war oder zumindest davon auszugehen ist.

Das v. a. in Nordamerika verwendete „Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen (DSM IV)“ nimmt eine ähnliche diagnostische Differenzierung vor und stimmt mit dem ICD 10 darin überein, dass nur ein Teil der Konsumenten flüchtiger Lösungsmittel die Kriterien des Missbrauchs oder der Abhängigkeit erfüllen (Saß et al. 1996).

1.3. Lösungsmittelmissbrauch

Auch wenn in Deutschland bei den Konsumenten volatiler Substanzen nur selten ein Abhängigkeitssyndrom diagnostiziert werden kann und es sich meist um ein- oder mehrmalige akute Intoxikation oder um einen schädlichen Gebrauch handelt, ist dieser Substanzmissbrauch, wie die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) in ihrem Jahresbericht 2003 mahnt, keinesfalls zu unterschätzen (EBDD 2003). Insbesondere, weil es vielfach belegt ist, dass es bereits bei der ersten akuten Intoxikation zu schweren Gesundheitsschäden mit zum Teil lebensbedrohlichen Komplikationen bis hin zum plötzlichen Tod kommen kann (Thomasius 1996, 1999).

Die von der Fachstelle für Suchtvorbeugung in Bochum recherchierten Fallbeispiele, allein für das Jahr 2001, unterstreichen die Aktualität und die Tragweite des Problems des Lösungsmittelmissbrauchs. So starb Anfang 2001 in Gelsenkirchen ein 13-jähriger Schüler infolge einer Butangas-Inhalation aus einem Gasfeuerzeug; Ende 2001 verstarb eine 14-jährige Schülerin in Karlsburg (Mecklenburg-Vorpommern), sie hatte Butangas in eine kleine Plastiktüte geleitet und daraus inhaliert. Im gleichen Jahr verstarben in Frankfurt ein 14-jähriger Junge nach Gasschnüffeln sowie ein 14-jähriger in Marburg; auch er hatte das Gas in eine Plastiktüte gefüllt und daraus eingeatmet. Kurze Zeit später verstarb in Kaufbeuren (Allgäu) ein 15-jähriger Jugendlicher an der Inhalation von Butangas (Elsner et al. 2003).

Großen Anlass zur Besorgnis geben die wenigen offiziellen Schätzungen zu den Todesfallzahlen in europäischen Ländern. Die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht weist in ihrem Jahresbericht 2003 ausdrücklich darauf hin, dass der Konsum von Lösungsmitteln und Inhalanzien in Europa ein häufig missachtetes Problem darstellt, obwohl es enorme Auswirkungen auf die öffentliche Gesundheit hat und diese Substanzen von den 15- und 16-jährigen Jugendlichen nach Alkohol und Cannabis am meisten konsumiert werden. Allein in dem Zeitraum von 1983 bis 2000 wurden in Großbritannien 1.700 Todesfälle bei Jugendlichen im Zusammenhang mit derartigen Substanzen gemeldet (Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht 2003). Die Landesstelle gegen Suchtgefahren in Baden-Württemberg schätzt die jährlich bundesweit durch Schnüffelstoffkonsum verursachten Todesfälle auf etwa 125 Personen.

2. Forschungsstand

Im Folgenden werden zunächst die zur Rauscherzeugung missbrauchten volatilen Substanzen, die verschiedenen Praktiken des Konsums und das subjektive Rauscherleben sowie die äußeren Anzeichen und neurophysiologischen Mechanismen der akuten Intoxikation dargestellt. Daran anschließend werden die möglichen neuropsychologischen und organischen Gesundheitsschäden beschrieben, die vom plötzlichen Tod beim Erstkonsum bis hin zu vielfältigen Langzeitfolgen reichen. Schließlich wird versucht die Konsumenten und Risikoträger zu identifizieren und an Hand von Repräsentativumfragen die epidemiologische Entwicklung des Lösungsmittelmissbrauchs in den vergangenen 25 Jahren zu fassen. Abschließend wird auf die besondere Problematik dieser Suchtstoffe als frei erhältliche Massenartikel eingegangen, um die Dringlichkeit des Problems des Lösungsmittelmissbrauchs herauszustellen.

2.1. Missbrauchte volatile Substanzen

Bei den zur Rauscherzeugung missbrauchten Stoffen handelt es sich um ganz unterschiedliche Mittel. Überwiegend werden Produkte verwendet, die in jedem Haushalt vorkommen und in Warenhäusern, Drogerien, Farb- oder Bastelgeschäften für jedermann frei erhältlich sind (Tabelle 1). Grundsätzlich lassen sich die missbrauchten Inhalanzien in vier chemische Substanzgruppen untergliedern. Dies sind die flüchtigen Lösungsmittel, die Aerosole, die flüchtigen Anästhetika und die flüchtigen Nitritverbindungen (Schulze-Alexandru u. Kovar 2000; Thomasius 1988, 1996).

Die am häufigsten missbrauchten Stoffe zählen zu den **flüchtigen Lösungsmitteln** (organische Lösemittel), die bei unterschiedlichster chemischer Struktur durch die ihnen gemeinsame hinreichende Flüchtigkeit und durch ihr hohes Fettlösungsvermögen die Grundvoraussetzungen zur Rauscherzeugung erfüllen (Tabelle 1). Chemisch handelt es sich um halogenierte, fluoriierte, aliphatische und aromatische Kohlenwasserstoffe, um Alkohole und um Ketone, die allesamt ähnliche Wirkungen auf den menschlichen Organismus ausüben (Tabelle 2 aus: Thomasius 1986a, s. Anhang).

Die **Aerosole** bilden die zweite Gruppe der häufig missbrauchten Inhalanzien und kommen unter anderem als Treibmittel in Haushaltssprays vor (Tabelle 1). Ihre Wirkung wird über aliphatische Fluor-Kohlenwasserstoffe vermittelt und entspricht der Wirkungsweise der flüchtigen Lösungsmittel.

Bei weitem nicht so verbreitet ist die missbräuchliche Inhalation von **Anästhetika** wie beispielsweise Äther, Chlorform oder Lachgas (Tabelle 1). Nach Exposition entfalten sie

ihre Wirkung ähnlich den Lösungsmitteln und den Aerosolen und eignen sich ebenso zur Rauscherzeugung.

Davon unterscheiden sich in gewisser Weise die flüchtigen **Nitritverbindungen**, die bei Kindern eine untergeordnete Rolle spielen und eher von Jugendlichen und Erwachsenen gezielt zur Steigerung sexueller Funktionen missbraucht werden (Thomasius 1986a, 1988, 1996). Diese organischen Nitrite werden in der Konsumentenszene heutzutage allgemein „Poppers“ genannt oder sind unter Namen wie „Rush“, „Hardware“ oder „Jungle Juice“ bekannt und werden aufgrund ihrer aphrodisierenden Wirkung in vielen Sexshops unter der Hand verkauft (Elsner et al. 2003, Michel 2002).

Inhalanzien- gruppe	Beispiele der verwendeten Produkte	Toxische Wirkstoffgruppen
1) Flüchtige Lösungs- mittel	a) Klebstoffe: -Plastik-Polystrolkleber -Haushaltskleber -Klebstoffverdünner	-Aceton, Hexan -Aceton, Methyläthyl-Methylisobutyl-keton, Isopropylalkohol, Toluol -Alkohol, Aceton, Toluol, Butylacetat
	b) Farbartikel: -Farbenverdünner -Lackverdünner -Abbeizer -Nitroverdünner	-Alkohol, Aceton, Toluol, Butylacetat -Alkohol, Aceton, Toluol, Butylacetat -Aceton, Dichlormethan -Alkohol, Aceton, Toluol, Butylacetat
	c) Kosmetika: -Nagellack -Nagellackentferner	-Butylacetat -Aceton, Alkohol
	d) Reinigungsmittel: -Fleckentferner -Schnellreiniger -Schuhreiniger	-Butylacetat, Benzin, Dichlormethan, Trichloräthylen, Tetrachlorkohlenstoff -Dichlormethan, Trichloräthylen, Perchlor- äthylen -Butylacetat, Trichloräthylen
	e) Benzine: -Feuerzeugbenzin -Waschbenzin -Kfz-Benzin	-Aliphatische Kohlenwasserstoffe, Alkane, Hexan
	f) Büroartikel: -Korrekturflüssigkeiten -Faserschreiber	
2) Aerosole	a) Farbartikel: -Lacksprays	-Aliphatische Fluor-Kohlenwasserstoffe
	b) Kosmetika: -Haarsprays -Deodorantien	-Aliphatische Fluor-Kohlenwasserstoffe
	c) Reinigungsmittel: -Möbelpolitur spray -Glasreinigungsspray -Raumluft spray	-Aliphatische Fluor-Kohlenwasserstoffe
	d) Verbandsmaterial: -Wund spray	-Aliphatische Fluor-Kohlenwasserstoffe
3) Flüchtige Anästhetika	zum Beispiel: -Äther -Chloroform -Lachgas	
4) Flüchtige Nitritver- bindungen		-Amyl-Nitrit -Isobutyl-Nitrit -Isopropyl-Nitrit

Tabelle 1: Überblick über die verschiedenen missbräuchlich verwendeten Inhalanzien, ihr Vorkommen und ihre toxisch wirksamen Bestandteile (Thomasius 1986a, 1996)

Bei allen flüchtigen Haushalts- und Industrieprodukten, die sich zur Rauscherzeugung eignen, ist vollkommen unbekannt, wie hoch der Anteil der für den missbräuchlichen Konsum verkauften Produkte am Gesamtumsatz ist. Allein in der Bundesrepublik Deutschland wird der jährliche Verbrauch an Lösungsmitteln auf 2-3 Mio. Tonnen beziffert (Falbe u. Regitz 1993; Triebig 1989). Die Industrie zeigt jedoch nach wie vor wenig Interesse, sich an wirksamen Maßnahmen zur Verhütung des Missbrauchs ihrer Produkte zu beteiligen. Die kostengünstige Strategie, zur Rauscherzeugung bevorzugte Produkte mittels Zusatzstoffen zu vergällen, hatte sogar verheerende Auswirkungen und führte unter anderem in West-Berlin im Herbst 1975 zu einer Reihe von Vergiftungsfällen. Die Firma Henkel hatte den zumeist missbrauchten „Pattex-Verdünner“, ohne es zu deklarieren, mit einem Vergällungsmittel versetzt und damit ein hochtoxisches Produkt geschaffen. Innerhalb weniger Wochen erkrankten 18 jugendliche Konsumenten an Extremitätenlähmungen (Altenkirch 1982; Ahrens u. Altenkirch 1986).

2.2. Praktiken, subjektives Rauscherleben und akute Intoxikation

Beim „Schnüffeln“ werden bewusst Lösungsmitteldämpfe oder Gase zum Zweck der Rauscherzeugung inhaliert. Nach der angewendeten Praktik wird unterschieden zwischen dem „sniffing“, der Aufnahme von Lösungsmitteln und Dämpfen über die Nase, dem „huffing“, der tiefen Inhalation von gasartigen Substanzen wie z.B. Butangas oder Sprays über den Mund und dem „bagging“, dem Verwenden von Hilfsmitteln bei der Inhalation zum schnellen Erreichen rauschartiger Zustände (Michel 2002). In der Bundesrepublik Deutschland war bis Ende der achtziger Jahre, im Gegensatz zu anderen Ländern, eine einzige Praktik der Exposition weit verbreitet. Üblicher Weise wird dabei etwa eine halbe Tassenfüllung eines lösungsmittelhaltigen Stoffes in einen Plastikbeutel gegeben und dann die Öffnung der aufgeblasenen Tüte fest über Mund- und Nasenpartie gedrückt, damit die vom Grund des Beutels aufsteigenden Lösungsmitteldämpfe mittels tiefer Aspiration inhaliert werden können. Keinesfalls werden die volatilen Stoffe, wie der Begriff „Schnüffeln“ assoziiert, nur oberflächlich eingeatmet (Altenkirch 1981, 1989; Thomasius 1988, 2000; Elsner et al. 2003). Neben der eingangs beschriebenen Praktik, ist bei den Konsumenten in der Bundesrepublik Deutschland auch die direkte Inhalation aus einem beispielsweise mit Trichloräthylen gefüllten Fläschchen, welches an ein Nasenloch gehalten wird, weit verbreitet. Auch Aerosole und Gase werden mit Hilfe eines Beutels, in den sie eingebracht werden, eingeatmet, oder sie werden direkt in den Rachen gesprüht. Alle Techniken zeichnen sich bei geringem Aufwand durch ihre leichte Handhabung aus und bieten so gerade auch Kindern die Möglichkeit, flüchtige

Substanzen zum Zweck der Rauscherzeugung zu missbrauchen (Thomasius 1988, 1996, 1999; Elsner et al. 2003).



Bild: Russisches Straßenkind beim „Schnüffeln“

Nach der tiefen Einatmung volatiler Substanzen kommt es innerhalb von wenigen Sekunden zum Rauscherleben. Mittels Inhalationstiefe und Expositionsdauer lässt sich der Rausch beliebig ausdehnen und intensivieren, er lässt sich somit besser steuern als bei den meisten anderen Drogen. Trotz ihrer unterschiedlichen chemischen Struktur haben die verschiedenen Inhalanzien einen fast identischen Effekt auf das zentrale Nervensystem, sie haben eine Bewusstseins einengende und euphorisierende Wirkung und verursachen Erhabenheits- und Allmachtsgefühle (Schneider 1998). Es werden optische, akustische und szenische Halluzinationen hervorgerufen, die von fast allen Erstgebrauchern und von mindestens einem Drittel der dauerhaften Konsumenten beschrieben werden (Ahrens u. Altenkirch 1986). Beispielsweise berichten Kinder, sich während des Rausches in vielgestaltigen Phantasiewelten aufzuhalten, sie würden in Booten über Seen und Meere hinweg fliegen und die Menschen unter ihnen seien nur wenige Zentimeter groß, oder sie sehen sich selbst „Spiderman“, „Superman“ oder

„Kung-Fu“ verkörpern. Die Inhalte dieser Phantasiewelt können teils vor der Exposition überlegt werden und im Rausch erfüllt sich dann so mancher Wunsch oder manches Ziel. Hin und wieder bestimmen auch aggressiv-destruktive Phantasien die Rauschhalte, wie: Teufel entzünden ein Feuer um eine Ansammlung von Frauen und erwürgen mit ihren langen Krallen eine hilflose Gestalt. Seltener werden von Kindern autodestruktive Inhalte beschrieben, in denen ihnen beispielsweise der Kopf abgeschnitten wird oder sich flüssige Metall- und Lavamassen über sie ergießen (Thomasius 1988).

Für Außenstehende wirken die Konsumenten im berauschten Zustand, als seien sie volltrunken, die Sprache ist verwaschen, der Bewegungsablauf ist gestört und der Gang taumelnd, hinzukommen können zuckende Bewegungen und wilde Gestikulationen. Die zeitliche, örtliche und persönliche Orientierung können je nach Intoxikationsgrad verschwommen oder ganz aufgehoben sein. Stets ist die Konzentrationsfähigkeit vermindert und die Reaktionsfähigkeit verlangsamt. Hinweise auf den ausgeübten Missbrauch können mitgeführte Utensilien wie zum Beispiel Plastiktüten, Verdüner oder Klebstoffe bieten. Viel auffälliger und richtungweisend ist jedoch der typische aromatische Geruch der Lösungsmittel, der noch einige Zeit nach der Exposition in der Kleidung und der Atemluft des Missbrauchers wahrzunehmen ist (Thomasius 1992, Elsner et al. 2003).

Lösungsmittel führen nach intensiver Exposition zu Bewusstlosigkeit, Reflexausfall und Schmerzunempfindlichkeit und entsprechen in dieser Wirkung einer Narkose. Bei kurzer Exposition führen sie zunächst zur Bewusstseinsentrübung mit der Unfähigkeit, kontrollierte und koordinierte Bewegungen auszuüben. Dieses so genannte Exzitations-Stadium kann von Unruhe und Erbrechen begleitet werden und wird durch eine Lähmung hemmender zentralnervöser Bahnen hervorgerufen. Wird die Lösungsmittelinhaleation anhaltend fortgesetzt kommt es schließlich zum Erschlaffen der Muskulatur und zur Verlangsamung der Atmung, die Reflexe erlöschen und die Pupillen werden eng gestellt. Diese als Toleranz-Stadium bezeichnete Phase kommt einer Narkose gleich. Eine darüber hinaus fortgesetzte Intoxikation führt über eine Lähmung lebenswichtiger Zentren (Medulla oblongata) zum Tod durch Atemstillstand und Vasomotorenchwäche. Neben der lebensbedrohlichen Gefahr einer akuten Intoxikation führt der fortgesetzte Missbrauch lösungsmittelhaltiger Produkte zu vielfältigen organischen und neuropsychologischen Gesundheitsschäden (Chadwick u. Anderson 1989; Marjot u. McLeod 1988; Thomasius 1986b, 1988, 1999).

2.3. Neuropsychologische und organische Gesundheitsschäden

Bereits die erste missbräuchliche Lösungsmittelinhalation kann, allerdings in seltenen Fällen, vermutlich über eine Sensibilisierung des Herzmuskels für Adrenalin zum Tode führen („sudden sniffing death“) (Shepherd 1989; Thomasius 1999). Im Übrigen sind es vor allem die chronisch Lösungsmittelabhängigen, die von den toxischen Wirkungen der chemischen Substanzen auf das zentrale und periphere Nervensystem, auf Leber und Nieren und auf das Herz-Kreislauf-System betroffen sind. In der Weltliteratur wird eine Vielzahl möglicher körperlicher Schädigungen aufgezeigt, die zu ernsthaften Erkrankungen führen können (Marjot u. McLeod 1989; vgl. Tabelle 3a u. 3b aus Thomasius 1988, s. Anhang;).

Psychopathologische Langzeiteffekte sind nur bei den habituellen Gebrauchern zu erwarten. Bei diesen entwickeln sich jedoch zwangsläufig Toleranzphänomene und es entsteht psychische, selten auch körperliche Abhängigkeit. Konzentrationsvermögen, Gedächtnis und andere Hirnleistungen werden in letztlich noch unbekanntem Ausmaß erheblich beeinträchtigt. Es mehren sich Hinweise, dass der fortgesetzte Missbrauch volatiler Substanzen beispielsweise auch die Entstehung persistierender paranoider Psychosen stark begünstigt (Byrne u. Kirby 1989, Chadwick u. Anderson 1989, Thomasius 1988). Diese weit reichenden Beeinträchtigungen des Organismus sind den wenigsten Konsumenten bekannt und gerade die Verharmlosung des Lösungsmittelmissbrauchs begünstigt die Entwicklung von verheerenden Gesundheitsschäden (Thomasius 1986a, 1986b, 1988, 1999).

2.4. Konsumenten und Risikoträger

Hinsichtlich der Konsumenten und der Dauer des Missbrauchs volatiler Substanzen bestehen große Unterschiede zwischen den Entwicklungs- und den Industrieländern. Der Anteil jener Kinder und Jugendlicher, die den Abusus über längere Zeit fortsetzen, ist in den Entwicklungsländern signifikant größer. Dort sind es vor allem die Straßenkinder, die fortgesetzt und dauerhaft die Inhalation flüchtiger Stoffe betreiben. Sie sind deutlich häufiger betroffen als Gleichaltrige, die in ihren Familien leben (Clarac et al. 1975; Medina-Mora et al. 1982, Medina-Mora u. Oritz 1988). Eine internationale Feldstudie der World Health Organization (WHO) zeigt auf, dass diese Subpopulation den Missbrauch intensiv über viele Jahre hinweg betreibt (WHO 1993). Viele Augenzeugenberichte aus den Entwicklungsländern bestätigen die kollektive und exzessive Ausgestaltung dieses Suchtphänomens, welches mit der Situation in der westlichen Welt keinesfalls vergleichbar ist (Dücker 1992; Terre des Hommes 1988, 1992). Das Rauscherlebnis

kommt gerade der Erlebniswelt der Straßenkinder entgegen. Wie von den abhängigen Kindern mehrheitlich berichtet wird, vertreibt der Rausch Hungergefühle und hilft dabei Befürchtungen, Ängste und Traurigkeit zu verdrängen (Carlini-Cotrim 1988). Ein Fallbeispiel veröffentlichte das Nachrichtenmagazin „Der Spiegel“: Rose (14 Jahre alt), eine Bonbonverkäuferin in Sao Paulo, schloss sich einer Bande an, diese brachte ihr das Schnüffeln von „cola“ (Schusterleim) bei, um den Hunger zu betäuben und im Rausch die Angst vor dem Stehlen zu vernebeln. Schusterleim ist die unter den Straßenkindern Brasiliens beliebteste Droge, da ein Literkanister, Portionsweise umgefüllt, für eine ganze Gruppe als Tagesration reicht. Die Einnahme dieser Droge ist in dieser Subpopulation so üblich, dass „cheira cola“ (Kleisterschnüffler) ein Synonym für Straßenkind geworden ist (Der Spiegel, 1991). Diese Kinder definieren sich gerade über „ihre Straße“ und identifizieren sich mit der in ihr lebenden Gleichaltrigengruppe (Peergroup), in der häufig gerade der Drogenkonsum wesentlicher Bestandteil der Interaktion und Voraussetzung für Akzeptanz ist (Dücker 1992, Terre des Hommes 1992, Thomasius 1988). Diese sozial weitestgehend ausgegrenzten Kinder in den Entwicklungsländern, die ums nackte Überleben kämpfen müssen, sind auf Grund der unterschiedlichen Lebensverhältnisse mit heimatlosen Straßenkindern in den Industrieländern kaum vergleichbar. Alarmierend ist jedoch, dass Jugendämter und Sozialarbeiter in ganz Deutschland sagen, dass der Anteil jener zehn bis vierzehn jährigen Kinder, die von ihrer Familie auf die Straße gesetzt werden oder aus ihrer Familie flüchten, steigt. Auch Kinderflüchtlinge ohne legalen Aufenthaltsort sind hiervon betroffen und werden zudem in keiner Jugendhilfestatistik geführt. Nach Auffassung mancher Autoren stehen heimatlose Kinder auch in Deutschland prinzipiell in der Gefahr, zumal bei anhaltenden sozialen Problemen, die Konsumentengruppe für Lösungsmittel zu sein (Deutsches Jugendinstitut 1994; Dücker 1992; Jordan 1994).

Der Einstieg in den Suchtmittelkonsum beginnt in Ländern wie Deutschland und Großbritannien überwiegend im Alter zwischen 12 und 14 Jahren. Dabei ist der experimentierende Konsum von Tabak und Alkohol für die Heranwachsenden ein normales und auch notwendiges Probier-Verhalten in einer Gesellschaft, die den verantwortungsvollen Umgang mit diesen Suchtmitteln voraussetzt (Zank 1988). Einige Kinder erweitern den experimentellen Drogenkonsum um die Inhalation flüchtiger Substanzen. Für die meisten unter ihnen bleibt der Missbrauch lösungsmittelhaltiger Stoffe, nicht zuletzt wegen der Nebenwirkungen wie Übelkeit, Erbrechen, Schwindel und Herzrasen eine sporadische Aktivität, für einige ist es jedoch der Einstieg in einen

fortgesetzten Konsum (Schneider 1990). Ein bedeutsamer Faktor beim Erstkonsum, aber auch bei der Entstehung des fortgesetzten Missbrauchs volatiler Substanzen ist die Peergroup, die über den Anpassungsdruck zur allgemeinen Übernahme des Missbrauchs führen kann, sobald nur ein einzelnes Kind in der Gruppe mit der Inhalation von lösungsmittelhaltigen Produkten beginnt. Glücklicherweise wird der Konsum jedoch über die Befriedigung der anfänglichen Neugierde hinaus nur von wenigen Kindern fortgesetzt (Thomasius 1988, 1991, 1992, 1996; Watson 1986, Zank 1988).

Für die 16- bis 18-jährigen politoxikomanen Jugendliche stellen die Inhalanzien selten die präferierte Droge da, verbreiteter ist der gemeinschaftliche Konsum mit anderen Suchtmitteln wie beispielsweise Alkohol, Cannabis, Stimulanzien, Tranquilizern oder Barbituraten. Die politoxikomanen Jugendlichen, die in ihrem Konsummuster Lösungsmittel aufweisen, intoxizieren sich häufiger, nehmen eine breitere Palette an diversen Suchtmitteln zu sich und sind kriminalitätsbelasteter als jene Politoxikomane, die nicht schnüffeln. Auch sind es gerade die Lösungsmittel missbrauchenden Politoxikomanen, die ihre Drogenkarriere sehr früh begonnen haben und in ihrem weiteren Verlauf häufiger zum Gebrauch härterer Drogen übergehen, weswegen die Lösungsmittelabhängigkeit im engeren Sinne nur selten das vorrangige Suchtproblem bleibt (Evans u. Raistrick 1987; Schneider 1990; Thomasius 1995).

Lösungsmittelabhängige Erwachsene sind typischerweise 25 bis 30 Jahre alt. Sie werden durch den chronischen Missbrauch zu schwerstbeeinträchtigten Suchtkranken und erleiden die verschiedensten körperlichen und neuropsychologischen Folgeschäden (Altenkirch 1982; Chadwick u. Anderson 1989; Ives 1991). Ihre Alkohol- und Drogenanamnese reicht in der Regel weit zurück und obwohl sie in ihrer Suchtmittelkarriere häufig mit anderen Rauschmitteln in Kontakt gekommen sind, favorisieren sie vor allem wegen der unkomplizierten Anwendbarkeit und den guten Beschaffungsmöglichkeiten den Lösungsmittelmissbrauch. Die Inhalation flüchtiger Substanzen wird von Ihnen regelmäßig und ausgedehnt betrieben, einige berauschen sich so ohne Unterbrechung mehr als acht Stunden täglich. Das soziale Umfeld dieser lösungsmittelabhängigen Erwachsenen ist meist desolat und sie sind häufiger langzeitarbeitslos und kriminalitätsbereiter als nicht Lösungsmittel missbrauchende Erwachsene. Auch fehlen ihnen tragfähige Beziehungen und nach chronischem Abusus verwahrlosen sie unweigerlich psychisch und körperlich. Daher ist es vor allem auch diese Konsumentengruppe, die in den Notambulanzen beispielsweise wegen einer Elektrolytentgleisung oder im akuten Nierenversagen aufgenommen werden muss (Altenkirch 1982; Ives 1991; Thomasius 1988, 1992, 1999).

Sonderfälle stellen die folgenden Gruppen dar. Ein insbesondere auf dem Gebiet der ehemaligen Bundesrepublik Deutschland beobachtetes Phänomen sind Erwachsene, die aus beruflichen Gründen der fortgesetzten Inhalation von Lösungsmitteln ausgesetzt sind und darüber zum missbräuchlichen Konsum gekommen sind (Triebig 1989). Eine weitere Ausnahme stellen Jugendgruppen wie beispielsweise „Punker“ und „Grufties“ dar, für die der Missbrauch volatiler Substanzen Symbol der Gruppenzugehörigkeit sein kann. Die Dynamik und Interaktion der Gruppe wird nicht selten allein durch das gemeinsame Rauscherlebnis bestimmt. Letztlich ist eine Subpopulation in der Gruppe der Heroinabhängigen zu nennen, die im Verlauf ihrer Drogenkarriere Lösungsmittel missbrauchen. Auch sie zeichnen sich durch ein frühes Einstiegsalter, vergleichsweise komplizierte und schwerwiegende Suchtentwicklung, höhere Kriminalitätsbelastung und schlechtere Sozialisationsbedingungen in ihrer Kindheit und Jugend aus (Carlini-Cotrim 1988; Jones u. Hartmann 1988; Projektgruppe TUDrop 1984; Sieber 1988; Terre des Hommes 1988).

2.5. Epidemiologie und Repräsentativumfragen

Die wenigen epidemiologischen Studien zum Drogenkonsumverhalten junger Menschen in den achtziger Jahren im Bereich der damaligen Bundesrepublik Deutschland sagen vorsichtig formuliert aus, dass 1 bis 10 Prozent der 10- bis 25-jährigen in ihrem Leben Lösungsmittel zumindest probatorisch zum Zweck der Rauscherzeugung inhaliert haben. 1982 gaben im Rahmen der bundesweiten Repräsentativbefragung „Konsum und Missbrauch von Alkohol, illegalen Drogen, Medikamenten und Tabakwaren“ von 11.711 Adoleszenten im Alter von 12 bis 24 Jahren 1.137 an, mit Drogenkonsum Erfahrungen zu haben. Von diesen war 8 Prozent die Rausch erzeugende Wirkung von Lösungsmitteln bekannt, unter den aktuellen Drogenkonsumenten waren es 9 Prozent (Bundesministerium für Jugend, Familie u. Gesundheit 1983). In einer erneuten Befragung waren dies bereits 10 Prozent der mit Drogen Erfahrenen (Ministerium für Arbeit, Gesundheit, Familie u. Sozialordnung Baden Württemberg 1989; Sachs u. Harten 1988). Die Untersuchung „Jugend fragt Jugend“ findet 1984 heraus, dass in der Zeit seit 1980 unter den Drogenkonsumenten einzig die Gruppe der Lösungsmittelmissbrauchenden deutlich angestiegen sei, nämlich von 6 auf 16 Prozent (Bayrisches Staatsministerium des Inneren 1984). Für 1986 teilte die interministerielle Arbeitsgruppe zur Bekämpfung des Drogen- und Rauschmittelmissbrauchs in Bayern mit, dass von 9.096 jungen Menschen, die wegen ihres Drogenkonsums dem Landeskriminalamt, den Gesundheitsbehörden und den Schulen bekannt wurden, knapp 1

Prozent auf Grund ihres Lösungsmittelmissbrauchs erfasst wurden (Bayrisches Staatsministerium 1987). Bei einer repräsentativen Schülerbefragung von 12- bis 17-jährigen (N=1.700) gaben 3 Prozent der 12- bis 13-jährigen, 4 Prozent der 14- bis 15-jährigen und 9 Prozent der 16- bis 17-jährigen den gelegentlichen oder regelmäßigen Konsum volatiler Substanzen zu (Hurrelmann 1987). In der Repräsentativerhebung des „Berliner Jugendlängsschnitts“ betrug 1984 die Lebenszeitprävalenz für Lösungsmittelmissbrauch in der Kohorte A (N=950, Durchschnittsalter 16,6 Jahre) 2 Prozent, die Jahresprävalenz 2 Prozent und die Monatsprävalenz 0,8 Prozent. In gleicher Reihenfolge waren dies 5, 3 und 1 Prozent in der Kohorte B (N=523, Durchschnittsalter 13,6 Jahre). Die Lebenszeitprävalenz von 5 Prozent teilte sich in dieser Kohorte unterschieden nach Schulbildung wie folgt auf: 10 Prozent der Hauptschüler, 5 Prozent der Realschüler, 4 Prozent der Gymnasiasten und 1 Prozent der Berufsschüler hatten „Schnüffelstoffe“ konsumiert. Im Jahr vor dieser Befragung fiel die Lebenszeitprävalenz der Hauptschüler mit 18 Prozent gegenüber 3 Prozent der Gesamtheit aller untersuchten Schüler vergleichsweise noch höher aus (Keup 1986, Zank 1988).

Untersuchungen in anderen Industrieländern bestätigen den steigenden Trend des Lösungsmittelmissbrauchs in den achtziger Jahren. So waren in den USA Inhalanzien die einzigen Rauschmittel, deren Konsum in dieser Zeit permanent zugenommen hat. Bei einer Jahresprävalenz von 7 Prozent gab jeder fünfte Jugendliche an, mindestens einmal flüchtige Stoffe gebraucht zu haben (Johnston et al. 1988). In England gaben zwischen 10 und 30 Prozent der Adoleszenten an, mit „Schnüffelstoffen“ Erfahrungen zu haben (Watson 1986).

Für die neunziger Jahre ergeben die Repräsentativumfragen in den Industrieländern widersprüchliche Ergebnisse. Zum Teil sprechen sie für einen stagnierenden oder sogar rückläufigen Trend des Missbrauchs von Inhalanzien, zum Teil aber auch für eine weiter steigende Verbreitung dieses Phänomens. Eine erste gesamtdeutsche Repräsentativerhebung zum „Konsum und Missbrauch von illegalen Drogen, alkoholischen Getränken, Medikamenten und Tabakwaren“ gab die Lebenszeitprävalenz für Inhalanzien im Jahr 1990 in den alten Bundesländern mit 1,3 Prozent und für die neuen Bundesländer mit 1,0 Prozent an. 1994 waren dies nur 0,9 und 0,4 Prozent (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS, ehemals: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren) 1996). Mittels der regionalen Längsschnittstudie Early Developmental Stages of Psychopathology zur Konsum-Prävalenz bei 14- bis 24-jährigen und der kumulativen Lebenszeitprävalenz vier Jahre später, konnte für die Region München

Stadt/Land mittels der Basisuntersuchung 1995 (N=3.021) eine Lebenszeitprävalenz von 1,7 Prozent für Männer und von 0,8 Prozent für Frauen hinsichtlich des mindestens einmaligen Konsums von Lösungsmitteln festgestellt werden. Bei der Follow-up Untersuchung (N=2.548) 1998/99 ergab sich eine kumulative Lebenszeitprävalenz von 1,6 Prozent der Männer und 0,8 Prozent der Frauen (Wittchen et al. 1998, 2001). Im Rahmen der 1997 und 2001 in Deutschland durchgeführten Drogenaffinitätsstudien bei 12- bis 25-jährigen Adoleszenten ergab sich jeweils eine Lebenszeitprävalenz wie auch eine 12-Monats-Prävalenz von jeweils 1 Prozent, wobei sich keine Unterschiede zwischen alten und neuen Bundesländern ergaben. 1997 wurde jedoch noch ein Ost-West-Unterschied beim durchschnittlichen Erstkonsumalter festgestellt, welches damals in den westlichen Bundesländern bei 14,8 Jahren gegenüber 17,1 Jahren in den östlichen Bundesländern lag. 2001 konnte dieser Unterschied nicht mehr nachgewiesen werden, das Erstkonsumalter lag in ganz Deutschland durchschnittlich bei 15,0 Jahren, womit erneut das frühe Einstiegsalter bei Schnüffelstoffen belegt wurde. Im Vergleich dazu lag das Durchschnittsalter beim ersten Alkoholrausch bei 15,6 Jahren und das Erstkonsumalter bei Cannabis bei 16,5 Jahren, bei Heroin, Ecstasy, Amphetaminen, LSD und Crack bei 17,3 –17,6 Jahren und bei Kokain bei 18,4 Jahren, Medikamente wurden nicht in diese Untersuchung einbezogen (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 1998, 2001). Diese Befunde sprechen für einen in den neunziger Jahren stagnierenden Missbrauch flüchtiger Lösungsmittel in Deutschland, während bei einigen anderen Suchtmitteln der Konsum im gleichen Zeitraum insbesondere bei Adoleszenten deutlich zugenommen hat, und die Anzahl an Konsumenten mit missbräuchlichen, schädlichen oder abhängigen Gebrauch erheblich gestiegen ist (Kraus et al. 1998; Kraus u. Augustin 2001; Lieb et al. 2000a, 2000b; Perkonigg et al. 1997, 2004; Wittchen et al. 1998; Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen 1996, 1997, 1998; 1999; 2001).

Die 2003 im Rahmen der Europäischen Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD) erhobenen Daten bei Schülern der 9. und 10. Klasse in Bayern, Berlin, Brandenburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen sprechen im Gegensatz zu den oben dargestellten Untersuchungen für eine deutlich höhere Lebenszeitprävalenz und 30-Tage-Prävalenz. Bei den untersuchten Schülergruppen ergab sich eine Lebenszeitprävalenz für Schnüffelstoffe von 11,3 Prozent, wobei beide Geschlechter gleich häufig betroffen waren. Die 30-Tage-Prävalenz lag in dieser Untersuchung mit 2,4 Prozent der Jungen deutlich über der für Mädchen mit 1,5 Prozent, und auch beim fortgesetzten Missbrauch (> 40mal) von Inhalanzien, den nach der Europäischen

Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen 0,6 Prozent aller Konsumenten betreiben, überwiegen mit 0,8 Prozent die männlichen Konsumenten gegenüber 0,5 Prozent der weiblichen Konsumenten (Kraus et al. 2004).

Gegenwärtig zeigt die Verteilung der Einzeldiagnosen in ambulanten Einrichtungen in Deutschland, dass bei 0,2 Prozent der Klienten, die Diagnose einer „Störung durch flüchtige Lösungsmittel“ nach ICD 10 gestellt werden kann, wobei Männer und Frauen gleichhäufig betroffen sind (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen 2003). Für den stationären Bereich ergibt sich für Männer mit 0,6 Prozent und für Frauen mit 0,3 Prozent ein vergleichsweise größerer Anteil an Klienten mit dieser Diagnosestellung.

Im Bericht zur Drogensituation 2003 des Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) wird herausgestellt, dass Schnüffelstoffe insbesondere von jungen Jugendlichen konsumiert werden. In einer burgenländischen Erhebung gaben 20 Prozent der befragten Jugendlichen an, Erfahrung mit Inhalanzien zu haben, in einer Grazer Studie waren es neun Prozent, wobei der Unterschied darauf zurück geführt wird, dass im Burgenland besonders junge Jugendliche, die Schnüffelstoffe anderen Drogen bevorzugen, in die Untersuchung eingebunden wurden (Haas et al. 2003).

Die Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA) fand in einer seit 1986 in vierjährigen Abständen durchgeführten Studie unter 15- bis 16-jährigen Schülern heraus, dass der Konsum von Leim und Lösungsmitteln nur in der Zeit von 1986 bis 1990 noch von 9,4 Prozent auf 9,6 Prozent der Befragten zugenommen hat und seither kontinuierlich auf 6 Prozent im Jahr 2002 zurückgegangen ist. Der Bericht hebt hervor, dass diese Substanzgruppe damit aber immer noch die von Jugendlichen nach Alkohol und Cannabis bevorzugt konsumierte Rauschdroge darstellt (Schmid et al. 2003). Bemerkenswert scheint, dass diese in vierjährigen Abständen durchgeführten Untersuchungen wiederholt einen höheren Anteil an weiblichen als an männlichen Konsumenten feststellten, so ergab sich 2002 ein Anteil von 6,4 Prozent der weiblichen Schüler gegenüber 5,6 Prozent der männlichen Schüler, die Lösungsmittel konsumierten. Englische Schülerbefragungen ergaben zwar für Anfang der neunziger Jahre einen rückläufigen Trend bei der Anzahl Lösungsmittel missbrauchender Jugendlicher (Smith u. Nutbeam 1992, Wright u. Pearl 1995). Der aktuelle europäische Vergleich der Schülerumfragen bei 15- bis 16-jährigen zeigt aber, dass in England die Lebenszeitprävalenz mit 15 Prozent weiterhin relativ hoch ist. Höher ist sie nur in Irland mit 22 Prozent, während sie mit 14 Prozent in Griechenland, 11 Prozent in Frankreich und Deutschland und mit nur 3 Prozent in Portugal und Liechtenstein zum Teil deutlich

niedriger ausfällt (Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht 2003). Hiermit bestätigten sich die Befunde aus dem Jahr 2001 (Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht 2001).

Die epidemiologische Situation in Deutschland und Europa ist mittels der dargelegten Untersuchungen nur annäherungsweise erfasst, da einerseits aus selektiven Gründen bisher nur begrenzte Aussagen möglich sind und andererseits offizielle Statistiken über Erstkonsumenten und Todesfallraten bei Lösungsmittelmissbrauch in Deutschland nach wie vor fehlen. Dies liegt unter anderem auch daran, dass die missbräuchliche Nutzung dieser leicht zu beschaffenden, Rausch erzeugenden Stoffe nicht illegal ist (Thomasius 1996).

Die vorliegenden epidemiologischen Daten zur weltweiten Situation geben Grund zur Besorgnis. Sie belegen, dass der Missbrauch flüchtiger Substanzen ein über alle Kontinente verbreitetes Problem ist und obwohl keine Repräsentativerhebungen über die Entwicklungsländer vorliegen, so beunruhigen doch die Befunde der durchgeführten Stichprobenuntersuchungen. Beispielsweise gaben bei einer Umfrage in Mexiko-Stadt 49 Prozent der auf der Straße arbeitenden Kinder den Missbrauch von Lösungsmitteln zu (27 Prozent gelegentlichen und 22 Prozent täglichen Missbrauch). Rückblickend betrug die durchschnittliche Dauer des Gebrauchs 4,5 Jahre (Medina-Mora et al. 1982, Medina-Mora u. Ortiz 1988). In Indianerreservaten in Mexiko beträgt die Monatsprävalenz sogar bis zu 75 Prozent (Wingert u. Fifield 1985). In Brasilien ergab eine Schüleruntersuchung in einem sozial schwachen Stadtteil von Sao Paulo, dass 24 Prozent der Schüler (N=1.836) bereits Lösungsmittel inhaliert hatten, aktuell konsumierten 4,9 Prozent diese Stoffe (Carlini-Cotrim u. Carlini 1988). In der Stadt Belo Horizonte betreiben etwa 90 Prozent der Straßenkinder die Inhalation flüchtiger Substanzen, einige von ihnen sind zwischen sechs und zehn Jahren alt (Re-Solv 1992). Unter den in Guatemala-Stadt auf der Straße lebenden Kindern wird der Anteil an Missbrauchern volatiler Stoffe von Sozialarbeitern auf über 30 Prozent geschätzt (Dyason 1994). In einem Bericht der UN über die Situation in Guatemala-Stadt im Jahr 2001 wird sogar angenommen, dass es dort ca. 5.000 Straßenkinder im Alter von 7 bis 14 Jahren gibt, die zu 100 Prozent abhängig von bzw. süchtig nach Klebstoffen oder anderen volatilen Substanzen sind. Die meisten dieser Kinder sind aus ihren Familien weggelaufen, weil sie Opfer von sexuellem Missbrauch oder von Gewalt geworden sind (Joffre 2001).

Erschreckend ist nicht nur die weltweite Verbreitung des Lösungsmittelmissbrauchs, die Industrieländer ebenso wie Entwicklungsländer, Südostasien oder die Osteuropäischen

Länder betrifft (Morton 1987; Smirnov et al. 1989; Suwaki 1989, World Health Organization 1993). Besonders beunruhigend ist auch die Tatsache, dass im Gegensatz zu dem rückläufigen Trend in einigen Industrienationen die vorliegenden Daten der übrigen Welt, zum Teil auf einen weiteren Anstieg dieses Suchtphänomens hindeuten. So mehren sich Hinweise das in einigen Osteuropäischen Ländern, wie z. B. Rumänien, Russland und der Ukraine, der Missbrauch von Inhalanzien auf dem Vormarsch ist. Besonders wegen der in diesen Ländern verbreiteten Armut mit einer stetig wachsenden Zahl von Straßenkindern und wegen harter Drogengesetze, die andere Suchtmittel vergleichsweise schwer verfügbar machen, ist hier eine weitere Zunahme des Lösungsmittelmissbrauchs zu verzeichnen (Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht 2001, 2003).

2.6. Lösungsmittel in frei erhältlichen Massenartikeln:

Wirtschaftlich-rechtliche und gesundheitspräventive Probleme

Neben den beschriebenen weit reichenden Folgen des habituellen Lösungsmittelmissbrauchs für den einzelnen Konsumenten, spielen diese Suchtmittel eine bedeutsame Rolle als Einstiegsdroge (Schneider 1990). Bereits in den achtziger Jahren konnte durch amerikanische und europäische Studien belegt werden, dass in den Industrieländern die Rausch erzeugenden Inhalanzien als Einstiegsdrogen für die verschiedensten Suchtmittel bis hin zu injektiven Drogen eine Bedeutung haben. In einer Hamburger Untersuchung von Opiatabhängigen erwies sich, dass rückblickend für ein Drittel der aktuellen Heroinkonsumenten Inhalanzien die ersten konsumierten Rauschmittel waren (Thomasius 1995, 1996).

In den Entwicklungsländern zeigt sich, dass viele der Lösungsmittel missbrauchenden Straßenkinder, wenn sie älter werden, eine breite Palette von unterschiedlichen Suchtmitteln konsumieren. Bevorzugt werden Marihuana und Amphetamine, von einigen auch injektive Drogen und erst auf einem niedrigeren Level der Drogenkarriere Inhalanzien missbraucht (Medina-Mora u. Ortiz 1988). Diese Gruppe der politoxikomanen Drogenkonsumenten wird in den Entwicklungsländern immer größer und spiegelt hiermit einen Trend der Industrieländer wieder (Oetting et al. 1988). Eine Studie der World Health Organization hat ergeben, dass Lösungsmittel die weltweit von Straßenkindern meist konsumierten Suchtstoffe sind. Die Zahl der Straßenkinder, die überwiegend in den Großstädten leben, wird alleine in Lateinamerika auf 40 Millionen, in Asien auf 25 bis 30 Millionen und in Afrika auf über 10 Millionen geschätzt. (Medina-Mora u. Ortiz 1988; World Health Organization 1993).

Diese Tatsachen machen deutlich, wie dringend notwendig weit reichende Präventivmaßnahmen und Behandlungsmöglichkeiten auf allen Kontinenten sind. Jedoch lehnen paradoxer Weise gerade in den Entwicklungsländern viele Einrichtungen der Gesundheits- und Wohlfahrtspflege die Behandlung Minderjähriger kategorisch ab, was die Situation der betroffenen Straßenkinder noch erheblich verschärft. In den Gesundheitseinrichtungen Lateinamerikas ist die junge Bevölkerung deutlich unterrepräsentiert und aus einigen Ländern liegen Berichte vor, dass Straßenkinder aus den Notfallambulanzen verwiesen wurden und kurze Zeit darauf auf der Straße verstarben (Thomasius 1988).

Aber auch in Europa fallen die lösungsmittelabhängigen Adoleszenten häufig durch das Netz der Suchtkrankenhilfe durch. Neben der grundsätzlichen Schwierigkeit diesen Süchtigen überhaupt einen Therapieplatz zu vermitteln, sind häufige Therapieabbrüche die Regel. Wie andererseits den Lösungsmittelabhängigen Hilfestellung selbst über Jahre geboten werden kann, zeigte beispielhaft die „Schnüfflerhilfe Berlin“ (Thomasius 1992).

Bisherige Versuche mittels Gesetzesvorschriften das Angebot oder den Verkauf von lösungsmittelhaltigen Produkten zu unterbinden, scheiterten bereits in den siebziger Jahren in den USA, Kanada, England und Schweden aus mehreren Gründen. Für die Legislative und Judikative ist bei der Eindämmung dieses Suchtphänomens eine der größten Schwierigkeiten die nahezu unerschöpfliche Erreichbarkeit von Haushalts- und Industrieprodukten, die Rausch erzeugende Inhalanzien enthalten. Die durch Gesetze erschwerte Beschaffungsmöglichkeit gewisser Produkte führte bisher nur dazu, dass die Missbraucher auf andere volatile Stoffe mit Rausch erzeugender Wirkung umstiegen (Thomasius 1996). Gesetzesvorschriften in den USA und England hatten zur Folge, dass die Klebstoffe inhalierenden Kinder und Jugendliche auf hochtoxische Aerosole wechselten, um ihre Sucht zu befriedigen (Morton 1987). Um eine effektive Prävention zu betreiben, helfen daher nicht allein Gesetzesvorschriften, sondern Industrie und Handel müssen viel stärker ihre Eigenverantwortung übernehmen. So dürfte es beispielsweise nicht geschehen, dass durch das Verbot von Fluor-Kohlenwasserstoffen (FCKW) viele Hersteller als alternativen Treibstoff Butangas einsetzten, welches sich hervorragend zur Rauscherzeugung eignet. Manche Frischluft- und Haarsprays bestehen seither zu 99 Prozent aus Butangas und bieten so den Missbrauchern volatiler Substanzen eine noch erweiterte Palette an Suchtmittel enthaltenden Produkten (Thomasius 1996).

Ein positives Beispiel ist das deutsche Unternehmen Tipp-Ex, das 1990 eine Wasserbasierende Korrekturflüssigkeit auf den Markt brachte, die nicht mehr das hochgiftige Trichloräthylen enthielt (Thomasius 1996). Neben solchen Maßnahmen spielt

die Förderung des Problembewusstseins bei den im Handel und Vertrieb Angestellten eine wesentliche Rolle. Wünschenswert wären umfangreiche herstellereigene Aufklärungskampagnen, die schon in der Vergangenheit positive Effekte zeigten. Wie notwendig diese Maßnahmen sind, machte 1989 eine Untersuchung an 300 englischen Handelshäusern deutlich, die belegte, dass höchstens 43 Prozent der Beschäftigten die Möglichkeit der missbräuchlichen Anwendung ihrer Produkte kannte (Re-Solv 1990).

Es sind aber nicht nur Industrie und Handel gefragt, deren Mithilfe bei der Entwicklung von wirksamen Präventivprogrammen unabdingbar ist, sondern hier ist insbesondere auch die weitere Forschung in die Pflicht genommen, Ursache-Wirkungs-Beziehung zu ergründen und die Ansatzmöglichkeiten von präventiven Maßnahmen zu definieren. Von den eingangs dargestellten Untersuchungen abgesehen, gibt es in der Bundesrepublik Deutschland bislang keine ausreichende Forschung zur Analyse von Einstiegsalter und Einstiegsdrogen oder zum Zusammenhang von Probierkonsum und Abhängigkeitsentwicklung. Ebenso ungeklärt erscheint die Verlaufsbeeinflussung des Konsums durch Bezugspersonen und soziales Umfeld. Auch der Einfluss gesundheitlicher, sozialer und emotionaler Einstellungen auf den Konsum ist weitgehend unbekannt. Über Hypothesenformulierungen zu Risikosituationen und -trägern ist die bundesdeutsche Forschung bisher kaum hinausgekommen (Bühringer 1991; Thomasius 1991, 1996).

Von entscheidender Bedeutung für die Erfolgsaussichten des Versuchs, die weitere Verbreitung von Lösungsmittelmissbrauch zu verhindern, sind effektive Hilfsangebote und Therapiemöglichkeiten sowohl für Konsumenten im Frühstadium ihrer Sucht wie auch für Langzeitmissbraucher. Eine individuelle Betreuung ist gefordert, da Erfahrungen gezeigt haben, dass jeder fortgesetzte stoffgebundene Missbrauch eine unterschiedliche Vorgeschichte hat und mit den Lebensumständen sowie mit der persönlichen Entwicklung der Konsumenten in enger Verbindung stehen (Thomasius 1991, 1992). Daher sollten differenzierte Interventions- und Therapieprogramme sinnvoller Weise die Begleitumstände, die den missbräuchlichen Konsum unterhalten, erkunden und auch die Familie, die Schulsituation und den Freundeskreis bzw. das soziale Gefüge und die Lebensumstände der Konsumenten mit berücksichtigen. Hier bestehen riesige Defizite in der Bundesrepublik Deutschland (Altenkirch 1981, 1986; Bühringer 1991; Wittchen 1988). Neuere Forschungsprojekte beschäftigen sich erfreulicher Weise mit den Grundlagen und Strategien regionaler Bedarfs- und Allokationsforschung zur Optimierung von Strukturen, Prozessen und Ressourcen des Versorgungssystems für Drogenkonsumenten. Gerade vor dem Hintergrund der immer knapperen öffentlichen

Mittel, scheint die Erarbeitung von neuen Strategien dringlich notwendig, um dem insgesamt gestiegenem Bedarf an Hilfsangeboten überhaupt gerecht werden zu können (Bühringer et al. 2002; Perkonigg et al. 2002, 2004a, 2004b). Wie notwendig neue Strategien zur erfolgreichen Bekämpfung des Lösungsmittelmissbrauchs sind, unterstreichen verschiedene Studien, die darauf hinweisen, dass gerade Schnüffelstoffe missbrauchende Kinder und Jugendliche häufig aus desolaten Familien stammen (Altenkirch 1982; Keup 1982, 1986; Oetting et al. 1988). Verbreitet sind in diesen Familien Arbeitslosigkeit, Trennung der Eltern, häufiger Wechsel der Erziehungsberechtigten und Vernachlässigung der Kinder. Charakteristisch für die lösungsmittelabhängigen Adoleszenten sind häufiges Fernbleiben vom Unterricht, Nichterreichen des Klassenziels, Probleme mit Lehrern und schließlich Abbruch der Schulausbildung. Untersuchungen weisen darauf hin, dass der habituelle Lösungsmittelmissbrauch unweigerlich mit antisozialem Verhalten verbunden ist. Sie weisen den Lösungsmittelmissbrauchern im Vergleich zu Gleichaltrigen häufigere Gewaltanwendungen gegen Personen und Gegenstände, sowie vermehrten Diebstahl und Verwahrlosung nach (Oetting et al. 1988; Zank 1988; Zur u. Yule 1990). Während dies die Annahme stützt, dass Lösungsmittelmissbraucher in aller Regel aus sozial schwachen Schichten stammen, weisen andere Studien, die geringeren Selektionseffekten unterliegen, darauf hin, dass die Konsumenten von Inhalanzien in allen sozialen Schichten zu finden sind (Altenkirch 1986, Watson 1986). Die Sozialisationsbedingungen unterscheiden sich im Vergleich zu abstinenten Gleichaltrigen nicht. Sehr wohl wurde aber eine Häufung emotionaler Auffälligkeiten bei den Lösungsmittelkonsumenten beobachtet. So empfinden sie Wut und Ärger signifikant häufiger und ausgeprägter als eine abstinente Vergleichsgruppe. Häufiger sehen sie sich in einer Sündenbockrolle und sind allgemein depressiver und ängstlicher (Thomasius 1988, Watson 1986; Zur u. Yule 1990).

Die Ergebnisse der Europäischen Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen zeigten 2003, dass signifikant mehr Hauptschüler (16,5 Prozent) Schnüffelstoffe konsumieren als Gymnasiasten (9,3 Prozent), was bei einem nahezu gleich hohen Gesamtanteil von etwa 31 Prozent an Schülern mit Drogenerfahrungen ein Hinweis sein kann, dass Lösungsmittel eben doch häufiger von Jugendlichen aus sozial schwächeren Schichten konsumiert werden (Kraus et al. 2003).

Die vorliegenden Daten unterstreichen einerseits die Notwendigkeit weit reichender Hilfestellungen für die Betroffenen und zeigen andererseits auf, wie ungenügend und teilweise widersprüchlich die vorliegenden Forschungsergebnisse sind.

Vor dem Hintergrund des dargelegten alarmierenden Forschungsstandes lässt sich als wesentliche Folgerung formulieren, dass hinsichtlich des Lösungsmittelmissbrauchs in Deutschland dringender Handlungsbedarf besteht. Der fortgesetzte Missbrauch volatiler Substanzen ist ein Signal, das auf ernsthafte Probleme mit dem Erwachsenwerden in unserer Gesellschaft hindeutet (Thomasius 1992). Die vorliegenden Daten weisen darauf hin, dass auch zukünftig eine große Zahl der Kinder und Jugendlichen auf der Suche nach Bewältigungsstrategien für ihre Probleme mit Lösungsmitteln in Kontakt kommen und teilweise den fortgesetzten Konsum betreiben werden, weswegen dieses Thema zumindest in der Fachöffentlichkeit nicht aus der Diskussion gedrängt werden darf.

3. Zielsetzungen und Fragestellungen der Untersuchung

Die Planung, Durchführung, Datenerhebung und Auswertung der Untersuchung wurde von 1989 bis 1991 an der damaligen Psychiatrischen und Nervenklinik (heute: Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie) des Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf unter der Leitung von Prof. Dr. Götze und Dr. Thomasius (heute: Prof. Dr. Thomasius) durchgeführt.

3.1. Zielsetzungen der Untersuchung

Mit Hilfe einer Repräsentativumfrage sollte bundesweit untersucht werden in wie weit bei den verschiedenen Institutionen, die für die psychosoziale Betreuung Hilfesuchender zuständig sind, Klienten betreut werden, die Drogen konsumieren. Die Daten sollten Auskunft darüber geben, welchen Stellenwert die verschiedenen Rausch erzeugenden Substanzen im Drogenkonsumverhalten dieser Klienten einnehmen. Diesbezügliche epidemiologische Daten lagen zum Zeitpunkt dieser Untersuchung mit der EBIS(einrichtungsbezogenes Informationssystem)-Statistik lediglich für den Bereich der Drogenberatungsstellen vor (Simon et al. 1990a, 1990 b; Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen 1992). Es sollte daher geklärt werden, in wieweit andere Institutionsgruppen wie Erziehungsberatungsstellen, Sozialpsychiatrische Dienste und Jugendpsychiatrische Kliniken auch in die Betreuung von Suchtmittelabhängigen eingebunden sind. Zu diesem Zweck sollten vergleichbare Daten mittels eines standardisierten Erhebungsbogen gewonnen werden.

Da insbesondere der Lösungsmittelmissbrauch ein Suchtphänomen ist, welchem die Forschung in der Vergangenheit weit weniger Aufmerksamkeit schenkte als anderen Suchtphänomenen und da konsekutiv die Bedeutung dieses unter Kindern und Jugendlichen verbreiteten Rauschmittelkonsums vielfach unterschätzt wird, zielte die Repräsentativumfrage insbesondere darauf ab, umfangreiche Informationen über dieses Suchtproblem zu erhalten (Thomasius 1988, Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht 2003). Dabei sollten Lebensumstände und Hintergründe der Konsumenten ebenso erforscht werden, wie deren bedeutsamsten persönlichen Problemstellungen.

Schließlich sollten die gewonnenen Daten zum Teil vor dem Hintergrund der Bevölkerungsdichte betrachtet werden, um eventuelle Zusammenhänge zwischen Suchtmittelkonsum und Einwohnerdichte zu ergründen und hieraus wohlmöglich Hinweise für zukünftige Präventionsmaßnahmen zu gewinnen.

Die Untersuchung zielte darauf ab, notwendige Daten über das Drogenkonsumverhalten der Klienten von Beratungsstellen zu liefern und so Ansatzpunkte für weitere Forschungen zu bieten. Gleichzeitig sollte die Untersuchung Hinweise geben, die es den beratenden Einrichtungen und den bei ihnen Beschäftigten ermöglicht, die Bedeutung der Drogen konsumierenden Klienten besser einschätzen zu können.

Wie der Forschungsstand aufzeigt, sind in Deutschland Präventivmaßnahmen im Bereich Lösungsmittelmissbrauch auch aktuell noch erforderlich und bisher bei weitem nicht ausreichend. Deshalb möchte diese Arbeit mit den vorliegenden Ergebnissen auch mögliche Ansätze für Präventivmaßnahmen gegen Drogenkonsum aufzeigen.

3.2. Die Hypothesen zur Repräsentativumfrage

Im Folgenden werden die einzelnen Hypothesen dargelegt, die auf den Untersuchungszeitraum bezogen als Grundlage für die Repräsentativumfrage aufgestellt wurden. Entsprechend der oben dargestellten Problemstellungen werden dabei zum besseren Verständnis die Hypothesen schwerpunktmäßig geordnet.

Welche Institutionen werden von Klienten mit problematischem Suchtmittelmissbrauch aufgesucht?

Mit der EBIS-Statistik liegen Daten über den Suchtmittelmissbrauch der behandelten Klienten ausschließlich für den Bereich der Drogenberatungsstellen vor (Simon et al. 1990a, 1990 b; Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen 1991). In wie weit andere Institutionen, die mit Beratung oder Behandlung von Menschen betraut sind, auch mit Suchtmittelmissbrauch konfrontiert werden, wurde bisher nicht erfasst. Unsere Hypothese ist, dass Drogenberatungsstellen vorwiegend von Klienten mit problematischem Suchtmittelgebrauch aufgesucht werden. Umgekehrt kann vermutet werden, dass Klienten mit Drogenproblemen vorrangig vor anderen Institutionen Drogenberatungsstellen aufsuchen. Hinsichtlich der Erziehungsberatungsstellen, der Sozialpsychiatrischen Dienste und der Jugendpsychiatrischen Kliniken lässt der Forschungsstand diesbezüglich keine Aussage zu.

Welche Suchtmittel spielen für diese Klienten eine Rolle und welche Drogenkonsummuster gibt es dabei?

Es wird angenommen, dass in Drogenberatungsstellen von den behandelten Klienten am häufigsten Alkohol, Medikamente und Opiate missbraucht werden (Simon et al. 1990a, 1990 b; Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen 1991). Hinsichtlich der

Erziehungsberatungsstellen, der Sozialpsychiatrischen Dienste und der Jugendpsychiatrischen Kliniken lässt der Forschungsstand keine Hypothesenformulierung zu.

Es ist vollkommen ungeklärt, wie viele Einrichtungen überhaupt Konsumenten von Lösungsmitteln betreuen und wie groß ihr Anteil am betreuten Gesamtklientel ist, eine Hypothesenformulierung ist diesbezüglich nicht möglich.

Auch das Drogenkonsumverhalten von Lösungsmittelmissbrauchenden ist weitestgehend unbekannt. Unsere Hypothese ist, dass für die Mehrzahl der Lösungsmittelmissbraucher der Konsum flüchtiger Stoffe eine vorrangige Rolle in ihrem politoxikomanen Drogenkonsummuster einnimmt (Thomasius 1988; Zank 1988). Des Weiteren ist unsere Hypothese, dass Lösungsmittel von politoxikomanen Klienten am häufigsten mit Alkohol und deutlich seltener mit Cannabis und Arzneimitteln kombiniert werden (Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit 1983).

Welche Personenmerkmale weisen Lösungsmittel missbrauchende Klienten auf?

Lösungsmittel werden am häufigsten im Alter zwischen 12 und 14 Jahren zur Erzielung eines Rauschzustandes zum ersten Mal missbraucht (Thomasius 1988; Watson 1986). Unsere Hypothese ist, dass Betroffene in Drogenberatungsstellen, Erziehungsberatungsstellen, Sozialpsychiatrischen Diensten oder Jugendpsychiatrischen Kliniken erst dann vorstellig werden, wenn bereits Folgewirkungen des Missbrauchs eingetreten sind, also vorrangig im Alter zwischen 15 und 17 Jahren und weniger häufig im Alter zwischen 18 und 20 Jahren.

Vor dem Hintergrund des Forschungsstandes ist unsere Hypothese, dass sich die Geschlechtsverteilung im Bereich von 5:1 (männlich:weiblich) bis 1:1 konstituiert (Thomasius 1988; Altenkirch 1981, 1986, Watson 1986).

Hinsichtlich der sozialen Schicht wird angenommen, dass der über mindestens 12 Monate fortgesetzte Lösungsmittelmissbrauch sehr wohl ein Phänomen sozial schwacher Schichten ist (Sachs u. Harten 1988).

Insbesondere unter Berücksichtigung der Hypothese, dass der Lösungsmittelmissbrauchende bei einer der im Rahmen dieser Studie angeschriebenen Einrichtungen erst vorstellig wird, wenn die Folgewirkungen eines fortgesetzten Missbrauchs eingetreten sind, erwarten wir unter dem Klientel dieser Institutionen ein deutliches Überwiegen der sozial schwachen Schichten. Für den experimentierenden oder nur über wenige Monate fortgesetzten Missbrauch dieser Substanzen vermuten wir eine soziale Schichtung, die unserer Gesellschaft entspricht (Thomasius 1988; Watson 1986).

Über welche Zuweisungswege erreichen die Klienten die verschiedenen Institutionen?

Der Großteil Lösungsmittel missbrauchender Heranwachsender bleibt der öffentlichen Gesundheitsfürsorge unbekannt. Eine Überweisung an Behandlungseinrichtungen erfolgt erst dann, wenn infolge eines fortgesetzten Missbrauchs Verhaltensauffälligkeiten auftreten, wie z.B. Schulprobleme, soziale Stigmatisierung und Abdrängung, Delinquenz etc. (Thomasius 1986a, 1988; Oetting et al. 1988).

Unsere Hypothese ist, dass zuerst Konflikte in der Schule zu einer Überweisung durch Lehrer und Schulpsychologische Dienste an Behandlungseinrichtungen führen, und zwar vorrangig an Drogenberatungsstellen. Wir vermuten, dass Polizei/Gerichte und Erziehungsberechtigte selber eine untergeordnete Rolle einnehmen.

Inwieweit Drogenberatungsstellen, Erziehungsberatungsstellen, Sozialpsychiatrische Dienste und Jugendpsychiatrische Kliniken direkt von diesem Klientel aufgesucht werden, ist unbekannt.

Gibt es spezifische Probleme, die mit Lösungsmittelmissbrauch assoziiert sind?

In der Literatur sind individuelle, interaktionelle und soziale Probleme vorbeschrieben (Thomasius 1988). Unter den individuellen Problemen werden dabei intrapsychische Probleme verstanden, während mit den interaktionellen Problemen Defizite im sozialen Kontaktverhalten gemeint sind und mit den sozialen Problemen Schwierigkeiten in der gesellschaftlichen Integration benannt werden. Eine Gewichtung der einzelnen Probleme, wie sie sich aus der Sicht des Behandlers darstellt, lässt der Forschungsstand bislang nicht zu.

Unsere Hypothese ist, dass sich die Lösungsmittel missbrauchenden Drogenkonsumenten von anderen Drogenkonsumenten in folgenden Merkmalen abgrenzen: Lösungsmittelmissbraucher sind jünger, haben ihre Schul- und Ausbildungskarriere früher abgebrochen, ihre psychosoziale Kompetenz ist geringer und das Selbstwertgefühl ist in größerem Maße eingeschränkt. Bei fortgesetztem Missbrauch erwarten wir, dass die adoleszente Persönlichkeitsentwicklung gestört ist und bis ins höhere Lebensalter noch deutliche Defizite bestehen bleiben (Chadwick u. Anderson 1989; Evans u. Raistrick 1987; Ives 1991; Oetting et al. 1988; Thomasius 1988; Wiencke et al. 1990).

Ist ein soziodemographischer Entwicklungstrend hinsichtlich Lösungsmittelmissbrauch erkennbar?

Unsere Hypothese ist, dass der Missbrauch in dem Zeitraum 1979 bis 1983 zugenommen hat, während er in dem Zeitraum 1984 bis 1988 gleich geblieben ist (Thomasius 1988).

In der Literatur wird immer wieder beschrieben, dass der Lösungsmittelmissbrauch in Großstädten eine größere Rolle spielt als in ländlichen Gebieten (Thomasius 1988; Oetting et al. 1988). Die vorliegende Umfrage will klären, ob der Missbrauch flüchtiger Substanzen mit der Einwohnergröße korreliert. Unsere Hypothese ist, dass ein gleichläufiger Zusammenhang besteht zwischen der Einwohnergröße und erstens dem Anteil an Klienten mit Drogenproblemen, zweitens der Anzahl von Klienten, die Lösungsmittel zur Rauscherzeugung nutzen, und drittens dem Anteil an Klienten, für die das Lösungsmittel eine vorrangige Rolle in ihrem Drogenkonsummuster ausmacht. Darüber hinaus erwarten wir, dass mit steigender Einwohnerzahl die Geschlechterverteilung sich annähernd ausgleicht.

Ebenso vermuten wir einen gleichläufigen Zusammenhang zwischen der Einwohnerstärke und der Einschätzung, dass der Lösungsmittelmissbrauch besonders ein Phänomen sozial schwacher Schichten ist (Evans u. Raistrick 1987; Thomasius 1988; Wiencke et al. 1990).

Ist die Aufklärung und Information zum Thema Lösungsmittelmissbrauch ausreichend?

Unsere Hypothese ist, dass das verfügbare Informationsmaterial von den meisten Einrichtungen als ungenügend eingeschätzt wird (Thomasius 1988).

4. Methodik und Untersuchungsdurchführung

Die Untersuchung wurde 1989 - 1991 als retrospektive Repräsentativumfrage zum Lösungsmittelmissbrauch geplant, durchgeführt und ausgewertet, zwischenzeitig wurden die Referenzdaten für die Teile „Einleitung“, „Forschungsstand“, „Zielsetzung“ und „Diskussion“ aktualisiert.

4.1. Untersuchungsplanung und -durchführung

Die Untersuchung sollte zum einen ein möglichst umfassendes Datenmaterial über den Missbrauch flüchtiger Stoffe und die vielgestaltigen Begleitaspekte des einzelnen Konsumenten liefern. Zum anderen sollten möglichst valide empirische Daten über die Verbreitung und den Stellenwert dieser speziellen Suchtproblematik in der Bundesrepublik Deutschland gewonnen werden. Da mit der EBIS-Statistik empirische Daten über Suchtmittelmissbrauch nur für den Bereich der Drogenberatungsstellen vorlagen (Simon et al. 1990a, 1990b, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen 1991), sollten mit der zusätzlichen Einbindung der Erziehungsberatungsstellen, der Sozialpsychiatrischen Dienste und der Jugendpsychiatrischen Kliniken in die Untersuchungsgruppe, vergleichbare Daten für diese verschiedenen Institutionsgruppen gewonnen werden. Gleichzeitig sollte die damit erzielte große regionale Streuung der Untersuchungsgruppe die flächendeckende Repräsentativität der Befragung für die ganze Bundesrepublik Deutschland erhöhen. Mit Hilfe des Bundesministeriums für Gesundheit, den Gesundheitsministerien der Länder und den Kreisgesundheitsämtern wurde eine bundesweite Kartei der Erziehungsberatungsstellen, der Drogenberatungsstellen, der Sozialpsychiatrischen Dienste und der Jugendpsychiatrischen Kliniken erstellt. Da die Untersuchung vor der Wiedervereinigung durchgeführt wurde, sind nur Einrichtungen im Gebiet der alten Bundesländer in die Untersuchungsgruppe aufgenommen worden. Auf Grund der hohen Anzahl an Institutionen in der Untersuchungsgruppe wurde eine rein zufällige Stichprobe für die Repräsentativumfrage gezogen.

Für die Befragung wurde ein Fragebogen (s. Anhang) mit 15 Fragen entworfen und dieser dann an die Untersuchungseinheiten verschickt. Um möglichst gute Voraussetzungen für eine hohe Rücklaufquote zu schaffen, wurde zum einen versucht, durch das Layout den Fragebogen möglichst ansprechend zu gestalten, wofür die Hilfe einer Grafikdesignerin in Anspruch genommen wurde. Zum anderen wurde der Fragebogen mit einem an die jeweilige Einrichtung adressiertem Anschreiben (s. Anhang) von der Psychiatrischen Universitätsklinik Hamburg Eppendorf versehen, in dem auf das Ziel der Untersuchung eingegangen und um Mithilfe geworben wurde.

4.2. Zusammensetzung der untersuchten Grundgesamtheit

Die Grundgesamtheit setzt sich aus den vier verschiedenen Institutionsgruppen zusammen, nämlich den Drogenberatungsstellen, den Sozialpsychiatrischen Diensten, Jugendpsychiatrischen Kliniken und den Erziehungsberatungsstellen. Das Anfang 1989 verfügbare Adressenmaterial wies auf dem Gebiet der damaligen Bundesrepublik Deutschland insgesamt 1.806 Einrichtungen aus. Mit 50 Prozent machen die Erziehungsberatungsstellen (n=890) die größte Institutionsgruppe aus. Die zweitgrößte Gruppe sind mit 29 Prozent die Drogenberatungsstellen (n=535). Mit 17 Prozent stellen die Sozialpsychiatrischen Dienste (n=305) einen noch bedeutsamen Anteil der Untersuchungsgruppe dar. Die kleinste Gruppe wird mit nur vier Prozent von den Jugendpsychiatrischen Kliniken (n=76) gebildet (Abbildung 1, s. unten; Tabelle 4, s. Anhang).

Bei der Repräsentativumfrage konnte sieben Institutionen (1,7 Prozent) der ausgewählten Stichprobe das Anschreiben nicht zugestellt werden. Mittels telefonischer Nachfrage konnte bei in den gleichen Städten oder Gemeinden beheimateten Einrichtungen herausgefunden werden, dass von sieben Institutionen vier Einrichtungen aufgelöst und drei weitere mit anderen Einrichtungen zusammengelegt worden waren. Auf Grund der rein zufälligen Stichprobenauswahl konnte davon ausgegangen werden, dass sich unter den nicht angeschriebenen Einrichtungen der Untersuchungsgruppe ca. 30 weitere nicht mehr existente Institutionen befanden. Zur Ermittlung der tatsächlichen Grundgesamtheit wurde daher zuerst der prozentuale Anteil an Falschadressen in jeder Institutionsgruppe abgezogen und die so bestimmten Gruppengrößen zur Grundgesamtheit addiert. Für die Bundesrepublik Deutschland ergab sich ein tatsächlicher Bestand von insgesamt 885 Erziehungsberatungsstellen, 520 Drogenberatungsstellen und 290 Sozialpsychiatrischen Dienste, sowie unverändert 76 Jugendpsychiatrischen Kliniken (keine Falschadressen), was einer Grundgesamtheit von 1.771 Einrichtungen entsprach.

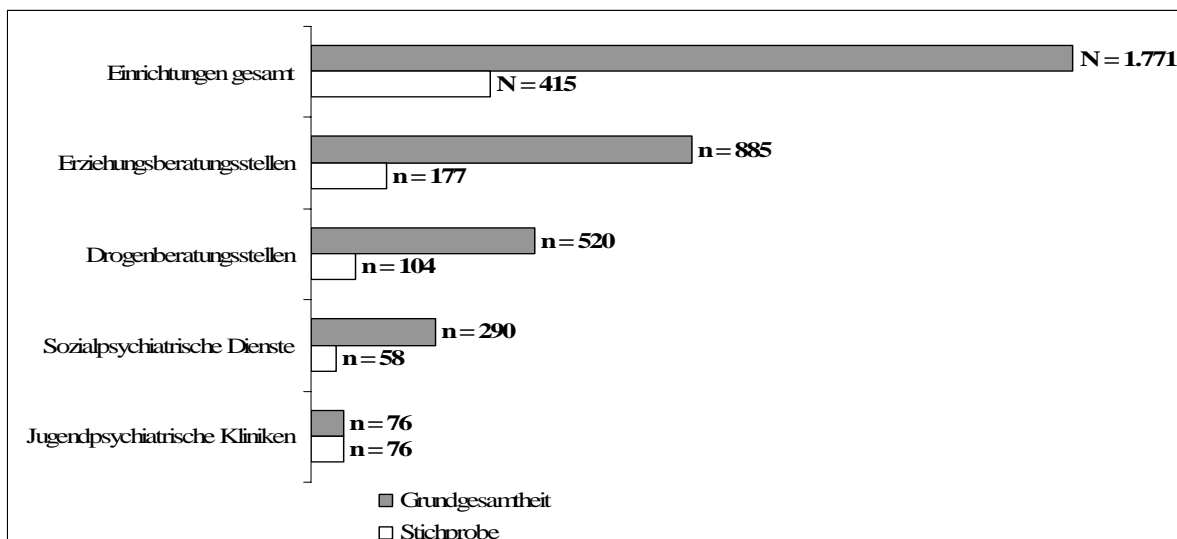


Abbildung 1: Zusammensetzung der Grundgesamtheit und der Stichprobe

4.3. Zusammensetzung der Stichprobe

Auf Grund des großen Adressenpools wurde aus den drei größten Institutionsgruppen eine Zufallsauswahl von 20 Prozent der Einrichtungen in die Stichprobe aufgenommen. Die Auswahl wurde im Losverfahren vorgenommen, indem zunächst für jede Einrichtung ein Kärtchen mit den Einrichtungsdaten erstellt und anschließend blind für jede Institutionsgruppe eine entsprechende Anzahl an Kärtchen gezogen wurde. So wurden 178 Erziehungsberatungsstellen, 107 Drogenberatungsstellen und 61 Sozialpsychiatrische Dienste in die Stichprobe aufgenommen. Da in der Gruppe der Jugendpsychiatrischen Kliniken insgesamt nur 76 Einrichtungen vertreten waren, wurden diese zu 100 Prozent mit in die Stichprobe aufgenommen, um einen ausreichenden Datenfluss zur vergleichenden Betrachtung der verschiedenen Institutionsgruppen zu gewährleisten (sog. „oversampling“ im Sinne einer stratifizierten Stichprobenerhebung). Insgesamt setzte sich die Stichprobe zunächst aus 422 angeschriebenen Einrichtungen zusammen. Nachdem sieben Einrichtungen nicht mehr existent waren, ergab sich eine tatsächliche Stichprobengröße von 415 erreichten Institutionen. Davon machen die Erziehungsberatungsstellen mit 42,7 Prozent den größten Anteil, die Drogenberatungsstellen mit einem Viertel den zweitgrößten und mit 18,3 Prozent die Jugendpsychiatrischen Kliniken den drittgrößten Anteil aus. Der kleinste Anteil wird mit 14 Prozent von den Sozialpsychiatrischen Diensten gebildet.

4.4. Erhebungsinstrument

Im Folgenden wird der Fragebogen mit den einzelnen Fragestellungen der Repräsentativumfrage dargestellt. Die Formulierung der Fragestellungen erfolgte auf der Grundlage der oben dargestellten Hypothesen und gliedert sich nach den dort genannten Schwerpunkten. Zunächst sollte geklärt werden, welche Institutionen überhaupt von Klienten mit Lösungsmittelmissbrauch aufgesucht werden.

1. Frage:

>Haben Sie in ihrer Einrichtung in den vergangenen Jahren Klienten/Patienten betreut, die Lösungsmittel zum Zweck der Rauscherzeugung inhalieren?<

Da nicht bekannt ist, inwieweit Lösungsmittel missbrauchende Klienten in Drogenberatungsstellen, Erziehungsberatungsstellen, Jugendpsychiatrischen Kliniken und Sozialpsychiatrischen Diensten betreut bzw. behandelt werden, lag es nahe, dieses mit der ersten Frage zu klären. Zur Beantwortung der Frage konnte ja oder nein angekreuzt werden.

Als zweiter Schwerpunkt wurde ermittelt, ob Suchtmittel überhaupt eine Rolle spielen und welche Drogenkonsummuster bei den Klienten überwiegen. Es sollte so geklärt werden, welchen Stellenwert Lösungsmittelmissbrauch im Verhältnis zum übrigen Drogenmissbrauch beim Klientel der untersuchten Institutionen hat.

Hierfür wurden zunächst alle Institutionen, auch jene die in den vergangenen Jahren keine Lösungsmittel missbrauchenden Klienten betreut hatten, gebeten, zumindest die Fragen 2, 3 und 15 zu beantworten. So sollten die Fragen 2 und 3 Aufschluss darüber bringen, ob diese Institutionen überhaupt Klienten betreuten, die suchterzeugende Stoffe konsumieren und mit welchem Substanzmittelmissbrauch sie bei ihren Klienten vorrangig konfrontiert wurden.

2. Frage:

>Welche der unten genannten Drogen (suchterzeugende Stoffe) werden von Ihren Klienten/Patienten missbraucht? <

Zur Beantwortung der Frage konnten folgende suchterzeugende Stoffe angekreuzt werden: Alkohol, Kokain, Synthetische Drogen, Lösungsmittel, Arzneimittel, Opiate und Cannabis. Für weitere in dieser Liste nicht aufgeführten Suchtmittel wurde unter der Rubrik >andere< eine Freizeile mit der Möglichkeit zur Benennung vorgegeben.

3. Frage:

>Welches sind die drei häufigsten, von Ihren Klienten/Patienten im Jahre 1988 missbrauchten Stoffe?<

Zur Beantwortung standen drei Leerzeilen zu Verfügung, auf denen eine Rangfolge festgelegt werden konnte.

Da die Repräsentativumfrage auf die Beforschung des Lösungsmittelmissbrauchs abzielte, wurden die folgenden Fragen nur von den Institutionen beantwortet, die Lösungsmittel missbrauchende Klienten betreut hatten.

Die Fragen 4 – 7 sollten Hinweise liefern, welchen Anteil Lösungsmittelmissbrauchende im Klientel dieser Institutionen einnehmen, wie groß ihre absolute Anzahl ist und welche Drogenkonsummuster bei Lösungsmittelmissbrauchenden überwiegen.

4. Frage:

>Wie hoch war 1988 der Anteil jener Klienten/Patienten, die sie wegen Drogenproblemen aufsuchten?<

Die Angaben sollten prozentual erfolgen. Dafür stand eine Leerzeile zur Verfügung.

5. Frage:

>Bitte betrachten Sie nun ausschließlich diese Gruppe von Klienten/Patienten mit Drogenproblemen. Wie groß war im Jahr 1988 schätzungsweise die Anzahl jener, die Lösungsmittel zum Zweck der Rauscherzeugung nutzten?<

Es wurde nach der absoluten Anzahl gefragt, zur Beantwortung wurde eine Leerzeile vorgegeben.

6. Frage:

>Bitte betrachten Sie nun einmal die Gesamtheit Ihrer Klienten/Patienten, die Lösungsmittel missbrauchten. Wie hoch schätzen Sie dann den Anteil jener, für die die Lösungsmittel eine vorrangige Rolle in ihrem (politoxikomanen) Drogenkonsummuster einnahmen?<

Die Angaben sollten prozentual erfolgen. Dafür stand eine Leerzeile zur Verfügung.

7. Frage:

>Welche drei Stoffgruppen wurden am häufigsten mit Lösungsmitteln kombiniert?<

Zur Beantwortung standen wiederum drei Leerzeilen zur Verfügung, auf denen die Stoffe in einer Rangfolge benannt werden konnten.

Mit dem dritten Fragenschwerpunkt sollte der Versuch unternommen werden, die Person des Lösungsmittelmissbrauchenden näher zu erfassen und zu charakterisieren. Hierfür wurden die Fragen 8-10 formuliert.

8. Frage:

>Hier finden Sie ein Raster zur Aufgliederung des Lebensalters. Bitte geben Sie für Ihre Klienten/Patienten, die Lösungsmittel missbrauchen, eine Rangfolge an, indem Sie der am häufigsten vertretenen Altersgruppe die Ziffer 1 zuordnen, der zweithäufigsten die Ziffer 2 und so fort.<

Für die Beantwortung wurden folgende fünf Altersgruppen unterschieden: >unter 12 Jahren<, >12 bis 14 Jahre<, >15 bis 17 Jahre<, >18 bis 20 Jahre< und >über 20 Jahre<. Jeder Altersgruppe wurde ein freies Feld zugeordnet, indem die Häufigkeit mittels der jeweiligen Ziffer gewichtet werden konnte.

9. Frage:

>Bitte schätzen Sie die Geschlechtsverteilung dieser Klienten/Patienten ein!<

Zur Beantwortung der Frage konnte jeweils in einer Leerzeile für weiblich und männlich eine Prozentangabe eingetragen werden.

10. Frage:

>Teilen Sie die Meinung, dass der Lösungsmittelmissbrauch vorrangig ein Phänomen sozial schwacher Schichten ist, wenn Sie Ihr Klientel überblicken?<

Es konnten ja oder nein angekreuzt werden.

Der vierte Schwerpunkt behandelte die Zuweisungswege und sollte mit der Frage 11 Hinweise darauf geben, wann das Lösungsmittel missbrauchende Klientel so auffällig wird, dass eine Beratung und Behandlung initiiert werden.

11. Frage:

>Auf welchem Wege kamen die Lösungsmittel missbrauchenden Klienten/Patienten in Ihre Beratung/Behandlung?<

Als Antwortmöglichkeiten wurden verschiedene Überweisungswege vorgegeben und darum gebeten auf dem jeweils zur Verfügung gestellten freien Feld eine Gewichtung hinsichtlich der Häufigkeit durch Bildung einer Rangfolge vorzunehmen. Folgende Überweisungswege wurden vorformuliert: >über Sozialpsychiatrische Dienste<, >über Schulpsychologische Dienste<, >über Polizei/Gerichte<, >über Ärzte<, >auf Weisung der Erziehungsberechtigten<, >auf Weisung von Lehrern/Ausbildern<, >direkt< und >andere (welche?)<. Für die nicht formulierten Überweisungswege wurde somit eine Freizeile zur Nennung vorgegeben.

Im fünften Schwerpunkt werden die spezifischen Probleme, die mit Lösungsmittelmissbrauch assoziiert sind, an Hand der Fragen 12 und 14 erfasst und versucht eine Gewichtung der vorgegebenen Items innerhalb der verschiedenen Problemfelder herauszuarbeiten. Darüber hinaus sollte geklärt werden, ob sich Lösungsmittelmissbrauchende durch irgendwelche typischen Merkmale von anderen Drogenkonsumenten abgrenzen lassen.

12. Frage:

>Welche der unten benannten Probleme waren für Ihre Lösungsmittel missbrauchenden Klienten/Patienten von besonderer Bedeutung?<

Die Antwortmöglichkeiten wurden in die drei Bereiche der individuellen, interaktionellen und sozialen Probleme untergliedert und für jeden Problemkreis wurden verschiedene Items vorgegeben, wobei in einem freien Feld wieder um die Bildung einer Rangfolge gebeten wurde.

Unter **individuellen Problemen** wurden folgende Antwortmöglichkeiten vorgegeben: >Depressive Verstimmung<, >Ängste<, >Einsamkeit<, >Interesselosigkeit<, >Minderwertigkeitsgefühle<, >Aggressivität<, >Ängste<, >Suizidneigung<, >vermindertes Leistungsvermögen< und >Orientierungslosigkeit<. Außerdem stand für die Nennung weiterer individueller Probleme eine Freizeile mit der Bezeichnung >andere< zur Verfügung.

Unter der Rubrik **interaktionelle Probleme** wurden folgende Items vorgegeben: >Familienkonflikte<, >Konflikte im Freundeskreis<, >Suchttradition in der Familie<, >Drogenkonsum im Freundeskreis<, >Partnerkonflikte<, >"broken home"<.

>Heimkarriere<, >Konflikte mit Lehrern/Ausbildern/Vorgesetzten< und schließlich >andere< für weitere nicht aufgeführte Probleme.

Für den Bereich der **sozialen Probleme** wurden folgende Antwortmöglichkeiten aufgelistet: >abgebrochene Schul- / Berufsausbildung<, >begrenztetes Freizeitangebot<, >Delinquenz<, >mangelhafte sozioökonomische Bedingungen<, >mangelhafte Ausbildungsbedingungen<, >psychosoziale Inkompetenz< und wie oben beschrieben wieder >andere<.

14. Frage:

>Meinen Sie, dass sich Lösungsmittel missbrauchende Drogenkonsumenten von nicht Lösungsmittel missbrauchenden Konsumenten unterscheiden?<

Im Anschluss an die vorgegebenen Antwortmöglichkeiten >ja< oder >nein<, wurde die Frage wie folgt weitergestellt: **>Falls ja, nennen Sie bitte in Stichworten, in welcher Hinsicht Lösungsmittelmissbraucher von anderen Drogenkonsumenten abweichen.<** Zur Beantwortung wurden sechs Freizeilen zur freien Formulierung zur Verfügung gestellt.

Den sechsten Schwerpunkt bildete die Frage 13 nach dem soziodemographischen Entwicklungstrend des Lösungsmittelmissbrauchs, wobei durch die freiwilligen Angaben am Ende des Fragebogens zu Bundesland und Einwohnergröße weitere Informationen hierzu gewonnen werden konnten.

13. Frage:

>Wie schätzen Sie aus der Kenntnis Ihres Klientels/Ihrer Patienten den Entwicklungstrend des Lösungsmittelmissbrauchs für die vergangenen 10 Jahre ein? <

Bei der Beantwortung konnte jeweils für den Fünfjahreszeitraum von 1979 bis 1983 und 1984 bis 1988 entweder >gestiegen<, >gleich bleibend< oder >gesunken< angekreuzt werden und so eine Beurteilung vorgenommen werden.

Im Anschluss an den Fragenkatalog wurde folgender Text abgedruckt: **>Vielen Dank für Ihre Mühe. Abschließend möchten wir Sie noch bitten, uns den Namen und die Anschrift Ihrer Einrichtung zu nennen. Falls Sie den Fragebogen anonym zurücksenden wollen, geben Sie bitte zu Auswertungszwecken Ihr Bundesland und die Einwohnerzahl Ihrer Stadt an.<**

Für die erwünschten Angaben wurden Freizeilen vorgegeben.

Zum siebten Schwerpunkt sollte die Frage 15 klären, ob den Mitarbeitern der jeweiligen Institution das verfügbare Informationsmaterial zum Thema Lösungsmittelmissbrauch ausreichend erschien.

15. Frage:

>Sind Sie der Ansicht, dass das verfügbare Informationsmaterial zum Thema Lösungsmittelmissbrauch (Infoblätter, Broschüren, Fachveröffentlichungen etc.) ausreichend ist?<

Die Frage konnte wiederum mit ja oder nein beantwortet werden.

4.5. Non-responder

Von den 415 Einrichtungen der Stichprobe antworteten 24,4 Prozent (N=101) nicht auf die Repräsentativumfrage. Da nahezu alle rückantwortenden Einrichtungen ihren Absender angaben, konnten die Non-responder fast vollständig eruiert werden. Mit zwanzig dieser Einrichtungen wurde telefonischer Kontakt aufgenommen, um einen Überblick über die Gründe für die versagte Teilnahme an der Umfrage zu erhalten. Sieben Einrichtungen gaben an, dass man sich nicht erklären könnte, wo der Fragebogen verblieben sei. Fünf Einrichtungen erklärten ihr Verhalten damit, dass sie keine Lösungsmittelabhängigen betreuten. Weitere fünf Institutionen hatten wegen allgemeiner Arbeitsüberlastung keine Zeit zur Beantwortung gefunden. Eine Einrichtung hatte wegen Übersättigung an Fragebögen nicht antworten wollen und bei einer weiteren handelte es sich um die Nebenstelle einer Institution, die einen ausgefüllten Bogen zurückgesandt hatte. Schließlich gab eine Einrichtung an, anonym geantwortet zu haben.

4.6. Auswertung und statistische Verfahrensweise

Datenverarbeitung:

Kategoriale Angaben wurden in den Erhebungsbögen codiert und in einen Personal-Computer eingegeben. Explizite Zahlenwerte wurden unverändert übernommen.

Eingesetzte statistische Verfahren:

Die mittels des standardisierten Erhebungsbogens gewonnenen Daten sind quantitativer und qualitativer Art. Bei quantitativen Merkmalen wurde der arithmetische Mittelwert, bei qualitativen Merkmalen wurde der prozentuale Anteil berechnet. Für die weitere

Auswertung wurde eine beschreibende Statistik verwendet. Im Vergleich wurden die einzelnen Befunde hinsichtlich Gemeinsamkeiten und Unterschieden zwischen den Teilstichproben untersucht.

Bei der Datenanalyse wurde der Chi-Quadrat (χ^2)-Test angewendet. Berichtet wird die Wahrscheinlichkeit p für den Fehler 1. Art zusammen mit dem χ^2 -Wert und der Anzahl der Freiheitsgrade (D.F.). War der Chi-Quadrat-Test wegen zu geringer Häufigkeiten in den Zellen nicht anwendbar, werden die Daten deskriptiv mitgeteilt.

Die statistischen Analysen wurden auf einem Personal-Computer mit Hilfe der Mitarbeiter des Biomathematischen Instituts der Universität Hamburg realisiert. Die statistischen Prozeduren wurden mit dem Statistikprogramm SPSS-PC gerechnet. Berechnungswege, Formeln und Darstellung folgen den Anleitungen von Bortz (1989) und Harms (1988). Der Konvention verschiedener Fachzeitschriften folgend und zur besseren Lesbarkeit sind Prozentzahlen im Text gerundet angegeben (außer bei Werten < 1), die exakten Zahlen werden jeweils in den Diagrammen und Tabellen angegeben.

4.7. Überlegungen zur Repräsentativität und Pilotphase der Untersuchung

Die Repräsentativität der Untersuchung wurde durch die rein zufällige Auswahl der Stichprobe gewährleistet. Mittels telefonischer Rücksprache konnte eine Verzerrung der Untersuchungsbefunde durch die Dropouts ausgeschlossen werden.

Der Erhebungsbogen wurde in einer Pilotphase einer Beratungsstelle vorgelegt und so auf seine Brauchbarkeit getestet. Einschränkend muss darauf hingewiesen werden, dass bei den Fragen, die sowohl kategorisierte wie auch offene Antworten zuließen, die offenen Umfragebefunde unterrepräsentiert sein könnten, da sie mehr Aufwand bei der Beantwortung erforderten.

Auf Grund der hohen Rücklaufquote ist die externe Validität im Sinne der Generalisierbarkeit als hoch anzusehen.

5. Ergebnisdarstellung

Die Ergebnisdarstellung wird zunächst die Umfragebefunde zu den Fragen darlegen, die von allen Institutionen beantwortet werden konnten. Im folgenden Abschnitt werden die Befunde derjenigen Institutionen, die Missbraucher lösungsmittelhaltiger Produkte betreuten, dargestellt. Daran anschließend werden die Ergebnisse vor dem Hintergrund der Bevölkerungsdichte betrachtet.

Bei der Darstellung der einzelnen Ergebnisse wird jeweils zuerst auf die Gesamtheit aller Einrichtungen eingegangen, um im Anschluss daran vorhandene Unterschiede zwischen den Institutionsuntergruppen (Erziehungsberatungsstellen, Drogenberatungsstellen, Sozialpsychiatrische Dienste und Jugendpsychiatrische Kliniken) herauszustellen.

5.1. Rücklaufquote

Bei 415 Einrichtungen, die in die Umfrage einbezogen worden waren, ergibt sich eine Rücklaufquote von 76 Prozent (N=314). Darunter war eine Institution, die keine Angaben machte, so dass insgesamt 75 Prozent (N=313) der Stichprobe in die Ergebnisauswertung einfließen konnten. Hinsichtlich der Rücklaufquote ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Institutionsgruppen. Es antworteten 73 Prozent der Erziehungsberatungsstellen (n=130), 75 Prozent der Drogenberatungsstellen (n=78), 81 Prozent der Sozialpsychiatrischen Dienste (n=47) und 76 Prozent der Jugendpsychiatrischen Kliniken (n=58) (Tabelle 5, s. Anhang).

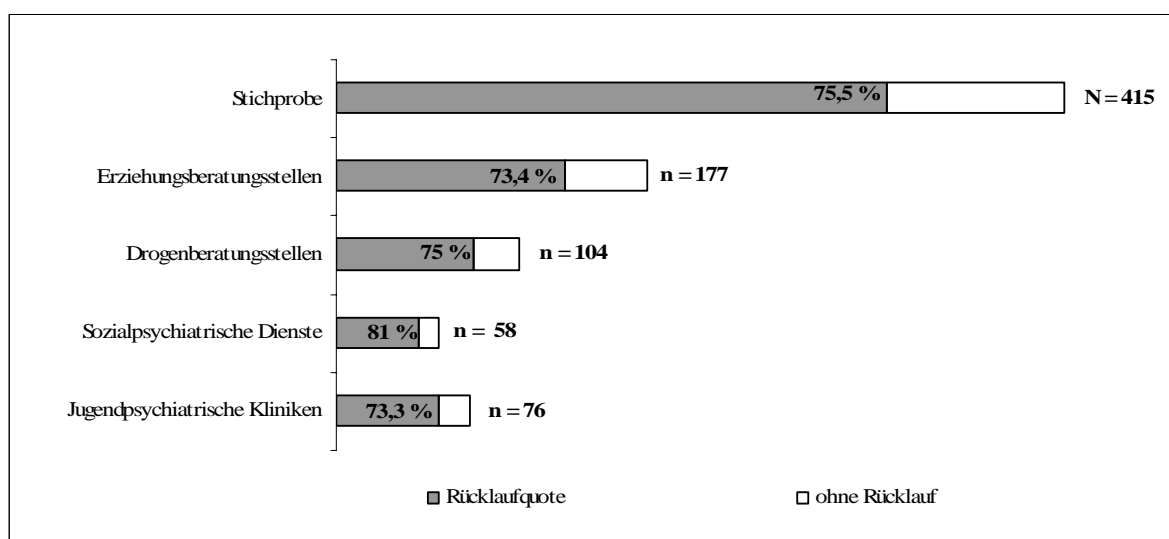


Abbildung 2: Rücklaufquote der Stichprobe und der Teilstichproben

5.2. Darstellung der Untersuchungsbefunde

Alle Einrichtungen waren gebeten worden, die Fragen 1., 2., 3. und 15. zu beantworten, daher konnten bei diesen Fragen die Daten von insgesamt 313 Rückantwortern in die Umfragebefunde einfließen. Wie eingangs erwähnt werden hier zunächst die Umfragebefunde dargestellt, bei deren Auswertung alle Untersuchungseinheiten der Stichprobe einbezogen werden konnten.

Die Ergebnisdarstellung ist nach den einzelnen Fragen gegliedert.

Zu Frage 1:

In den Jahren vor 1989 betreuten von 313 Institutionen 24 Prozent (n=76) Klienten, die flüchtige Stoffe zum Zweck der Rauscherzeugung inhalierten. Entsprechend wurden 76 Prozent (n=237) der Einrichtungen in diesem Zeitraum nicht mit diesem Problem konfrontiert.

Im Vergleich der Institutionsgruppen ergeben sich signifikante Unterschiede bei $p=0,000$. Während 50 Prozent (n=29) der Jugendpsychiatrischen Kliniken und 31 Prozent (n=24) der Drogenberatungsstellen von diesem Klientel in Anspruch genommen wurden, waren dies hingegen nur 17 Prozent (n=8) der Sozialpsychiatrischen Dienste und 12 Prozent (n=15) der Erziehungsberatungsstellen (Tabelle 6, s. Anhang).

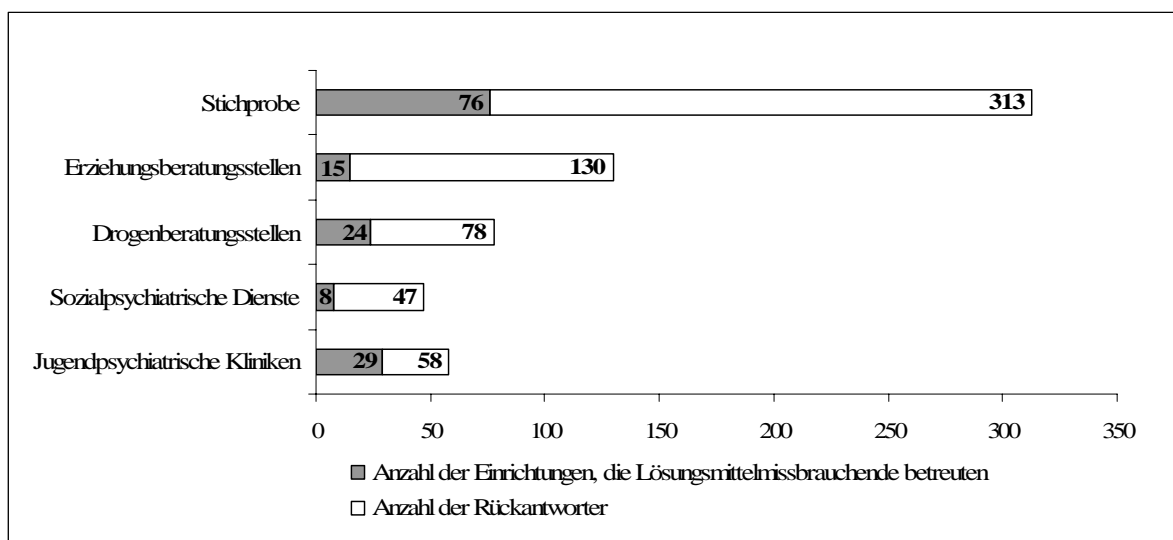


Abbildung 3.: Einrichtungen, die in den Jahren vor 1989 Klienten betreuten, die Lösungsmittel zum Zweck der Rauscherzeugung missbrauchten

Zu Frage 2:

Bei der Beantwortung der Frage, welche Drogen (suchterzeugende Stoffe) von den Klienten der jeweiligen Einrichtung missbraucht würden, wurden in absteigender Häufigkeit Alkohol, Arzneimittel, Cannabis, Opiate, Lösungsmittel, Kokain und Synthetische Drogen und schließlich noch Stechapfel und Pilze genannt.

Von allen Institutionen (N=313) gaben 93 Prozent (n=291) Alkohol, 81 Prozent (n=253) Arzneimittel, 60 Prozent (n=188) Cannabis, 36 Prozent (n=107) Opiate, 24 Prozent (n=76) Lösungsmittel, 23 Prozent (n=71) Kokain und 19 Prozent (n=60) Synthetische Drogen sowie 2 Prozent (n=5) Stechapfel und Pilze an.

Im Vergleich der Institutionsgruppen hatten unter den Drogenberatungsstellen am meisten Einrichtungen mit Konsumenten der verschiedenen suchterzeugenden Stoffe zu tun. Der verhältnismäßig zweitgrößte Anteil an Beratungsstellen, die Missbraucher der unterschiedlichen Rausch erzeugenden Stoffe betreuten, fand sich unter den Sozialpsychiatrischen Diensten. Daran schlossen sich die Jugendpsychiatrischen Kliniken und zuletzt die Erziehungsberatungsstellen an. Die Detailergebnisse werden im Folgenden nach Suchtstoffen gegliedert dargelegt (Abbildung 4, s. unten; Tabelle 7, s. Anhang).

Alkohol :

Innerhalb der Stichprobe betreuten 93 Prozent (n=291) der Einrichtungen Klienten, die Alkohol missbrauchten.

In allen Institutionsuntergruppen gaben die Einrichtungen an, vorwiegend mit der Problematik des Alkoholmissbrauchs konfrontiert zu werden, es ergaben sich keine signifikanten Unterschiede. Im Einzelnen waren dies 95 Prozent (n=124) der Erziehungsberatungsstellen, 95 Prozent (n=74) der Drogenberatungsstellen, 89 Prozent (n=51) der Sozialpsychiatrischen Dienste und 88 Prozent (n=51) der Jugendpsychiatrischen Kliniken. ($\chi^2 = 4,78$, $p = 0,189$, D.F. = 3).

Diese Daten belegen, dass insbesondere Alkoholmissbrauch ein weit verbreitetes Problem darstellt, mit dem sich die meisten Einrichtungen aller Untergruppen konfrontiert sahen.

Arzneimittel :

Mit 81 Prozent (n=253) der Stichprobe hatten die meisten der Einrichtungen auch Klienten, die Arzneimittel missbrauchten.

Während unter den Drogenberatungsstellen mit 95 Prozent (n=74) und unter den Sozialpsychiatrischen Diensten mit 89 Prozent (n=42) ebenso viele Einrichtungen mit

Arzneimittelmissbrauch wie mit Alkoholmissbrauch konfrontiert wurden, waren dies unter den Erziehungsberatungsstellen mit 82 Prozent (n=107) und insbesondere mit nur 52 Prozent (n=30) der Jugendpsychiatrischen Kliniken signifikant weniger ($\chi^2= 44,03$, $p=0,000$, D.F.=3).

Cannabis :

60 Prozent (n=188) der Stichprobe betreuten Klienten, die Cannabis missbrauchten. Hinsichtlich dieses Suchtstoffes ergaben sich zwischen den Untergruppen nicht ganz so deutliche Unterschiede. Bei den Drogenberatungsstellen ist es aber mit 74 Prozent (n=58) und bei den Jugendpsychiatrischen Kliniken mit 66 Prozent (n=38) ein noch wesentlich größerer Anteil an Einrichtungen, als bei den Sozialpsychiatrischen Diensten mit 55 Prozent (n=26) und bei den Erziehungsberatungsstellen mit 51 Prozent (n=66) ($\chi^2=12,49$, $p=0,0059$, D.F.=3).

Opiate :

In der Stichprobe waren es 34 Prozent (n=107) der Institutionen, die Missbraucher von Opiaten unter ihren Klienten hatten.

Es stellten sich bezüglich dieser suchterzeugenden Stoffe deutliche Gruppenunterschiede heraus. Nahezu die Hälfte der Einrichtungen, die sich dieser Problematik gegenüber sahen, gehörten zu den Drogenberatungsstellen. Innerhalb dieser Gruppe waren es 68 Prozent (n=53). Mit 47 Prozent (n=22) der Sozialpsychiatrischen Dienste war es noch annähernd die Hälfte dieser Institutionen, die Opiatmissbraucher betreuten. Hingegen waren es lediglich 19 Prozent (n=11) der Jugendpsychiatrischen Kliniken und nur 16 Prozent (n=21) der Erziehungsberatungsstellen ($\chi^2=67,60$, $p=0,000$, D.F.=3).

Lösungsmittel :

Missbraucher von lösungsmittelhaltigen Produkten gehörten bei 24 Prozent (n=76) der Stichprobe zum Klientel.

Mit 50 Prozent (n=29) war der signifikant größte Anteil an betroffenen Einrichtungen in der Untergruppe der Jugendpsychiatrischen Kliniken zu finden. In der Gruppe der Drogenberatungsstellen betrug der Anteil 31 Prozent (n=24) der Institutionen. Während nur 17 Prozent (n=8) der Sozialpsychiatrischen Dienste und nur 12 Prozent (n=15) der Erziehungsberatungsstellen mit dem Phänomen des Lösungsmittelmissbrauchs konfrontiert wurden ($\chi^2=35,04$, $p=0,00$, D.F.=3).

Kokain :

Insgesamt 23 Prozent (n=71) der Einrichtungen in der Stichprobe hatten Klienten, die Kokain missbrauchten.

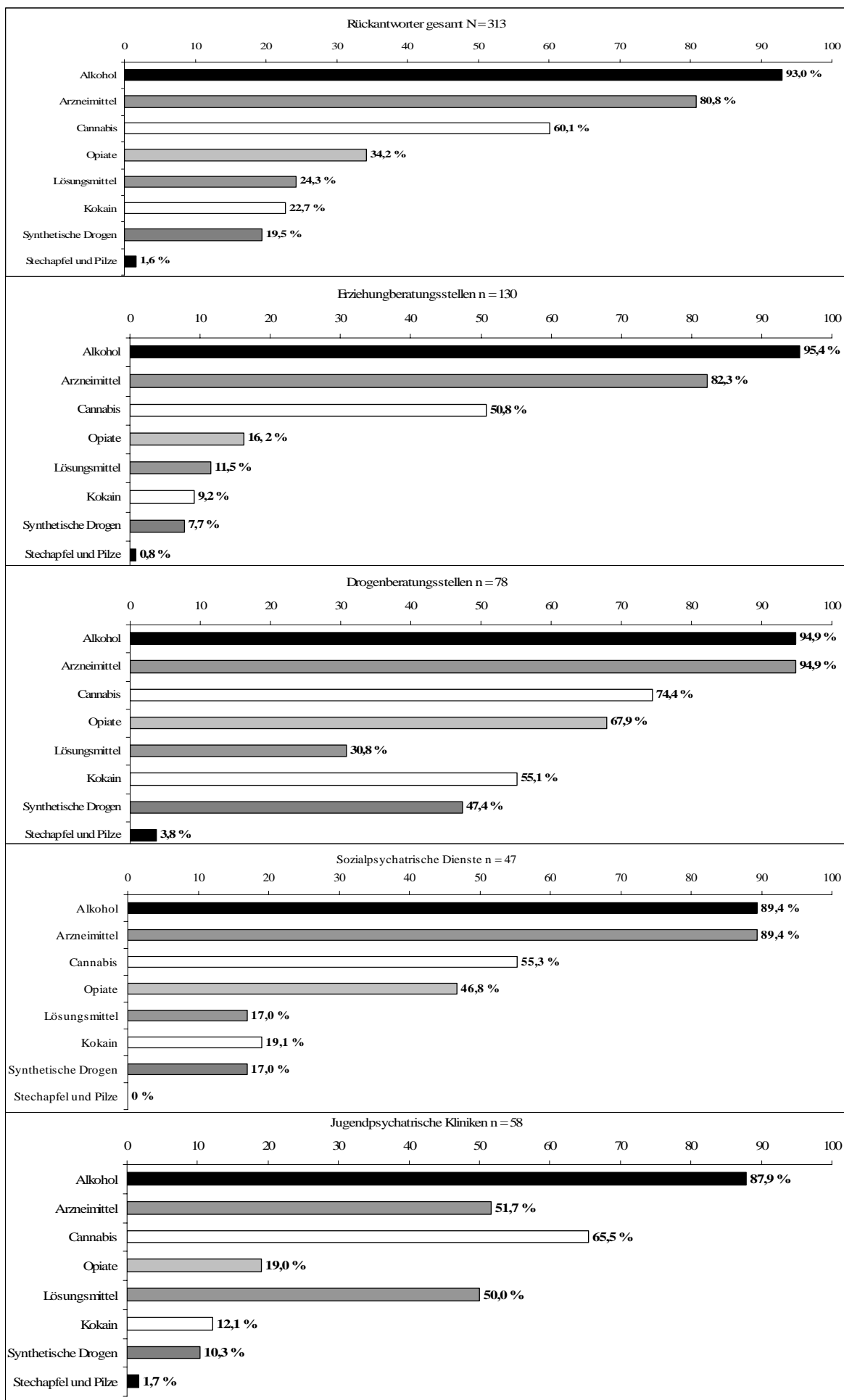
Die Drogenberatungsstellen waren mit einem Anteil von 55 Prozent (n=43) die signifikant am häufigsten mit diesem Problem konfrontierte Einrichtungsgruppe. Dahingegen hatten nur 19 Prozent (n=9) der Sozialpsychiatrischen Dienste, 12 Prozent (n=7) der Jugendpsychiatrischen Kliniken und 9 Prozent (n=12) der Erziehungsberatungsstellen Kokainkonsumenten unter ihrem Klientel ($\chi^2=64,29$, $p=0,00$, D.F.=3).

Synthetische Drogen :

Bei insgesamt 23 Prozent (n=61) der antwortenden Einrichtungen wurden Klienten, die synthetische Drogen missbrauchten vorgestellt.

Wieder waren es mit 47 Prozent (n=37) die Drogenberatungsstellen, die signifikant häufiger mit dieser Problematik konfrontiert wurden. Unter den Sozialpsychiatrischen Diensten waren dies noch 17 Prozent (n=8), während es unter den Jugendpsychiatrischen Kliniken nur 10 Prozent (n=6) und unter den Erziehungsberatungsstellen lediglich 8 Prozent (n=10) waren ($\chi^2=55,58$, $p=0,000$, D.F.=3).

Abbildung 4: Nennung der von den Klienten missbrauchten Drogen unterteilt nach betreuenden Institutionen



Zur Beantwortung der Frage nach den von den Klienten im Jahr 1988 am häufigsten missbrauchten Suchtstoffe sollte eine Rangfolge der drei bedeutsamsten Drogen gebildet werden.

Innerhalb der Stichprobe wurden von den Institutionen in absteigender Häufigkeit in der Addition der Ränge folgende Suchtstoffe genannt: Alkohol von 90 Prozent (n=282), Arzneimittel von 73 Prozent (n=229), Cannabis von 44 Prozent (n=139), Opiate von 20 Prozent (n=52) und Lösungsmittel noch von 8 Prozent (n=24), hingegen Kokain nur von 4 Prozent (n=11) und Synthetische Drogen von 0,9 Prozent (n=3). Die Betrachtung der Ergebnisse der gebildeten Rangfolgen unterstreicht die hier dargestellten Befunde der Stichprobe (Abbildung 5, s. unten; Tabelle 8 u. 9, s. Anhang).

Bei der vergleichenden Betrachtung der Institutionsgruppen ergeben sich teilweise bedeutsame Unterschiede.

Erziehungsberatungsstellen:

Im Jahr 1988 wurden von 84 Prozent (n=122) der Erziehungsberatungsstellen Klienten betreut, die vorrangig Alkohol missbrauchten. Des Weiteren stellten der Arzneimittelkonsum mit 80 Prozent (n=104) und der Cannabiskonsum mit 46 Prozent (n=59) für die Erziehungsberatungsstellen ein Phänomen dar, mit dem sich ein großer Teil dieser Institutionen auseinandersetzen musste. Demgegenüber war es nur ein kleiner Teil der Erziehungsberatungsstellen, deren Klientel häufig Opiate gebrauchte, nämlich 5 Prozent (n=6). Lösungsmittel wurden nur von 3 Prozent (n=4) und Kokain schließlich nur von 0,8 Prozent (n=1) zu den häufigsten Suchtproblematiken gerechnet.

Drogenberatungsstellen:

Die Klienten der Drogenberatungsstellen konsumierten auch in erster Linie Alkohol und Arzneimittel, was von 87 Prozent (n=68) bzw. von 78 Prozent (n=61) dieser Einrichtungen angegeben wurde. Mit 51 Prozent (n=40) sahen sich jedoch weit mehr Drogenberatungsstellen mit dem Problem des Opiatmissbrauchs konfrontiert als mit 37 Prozent (n=29) mit dem Cannabissmissbrauch. Immerhin noch 10 Prozent der Drogenberatungsstellen (n=8) betreuten Klienten, die mit am häufigsten Kokain missbrauchten, dahingegen waren es hinsichtlich Synthetischer Drogen nur 4 Prozent (n=3) und hinsichtlich Lösungsmittel nur 3 Prozent (n=2). Im Vergleich der Institutionsgruppen fällt auf, dass deutlich mehr Drogenberatungsstellen auch Klienten betreut hatten, die häufig Opiate oder Kokain missbrauchten. Herausragend war auch,

dass ausschließlich einige Drogenberatungsstellen Klienten hatten, die häufig Synthetische Drogen missbrauchten.

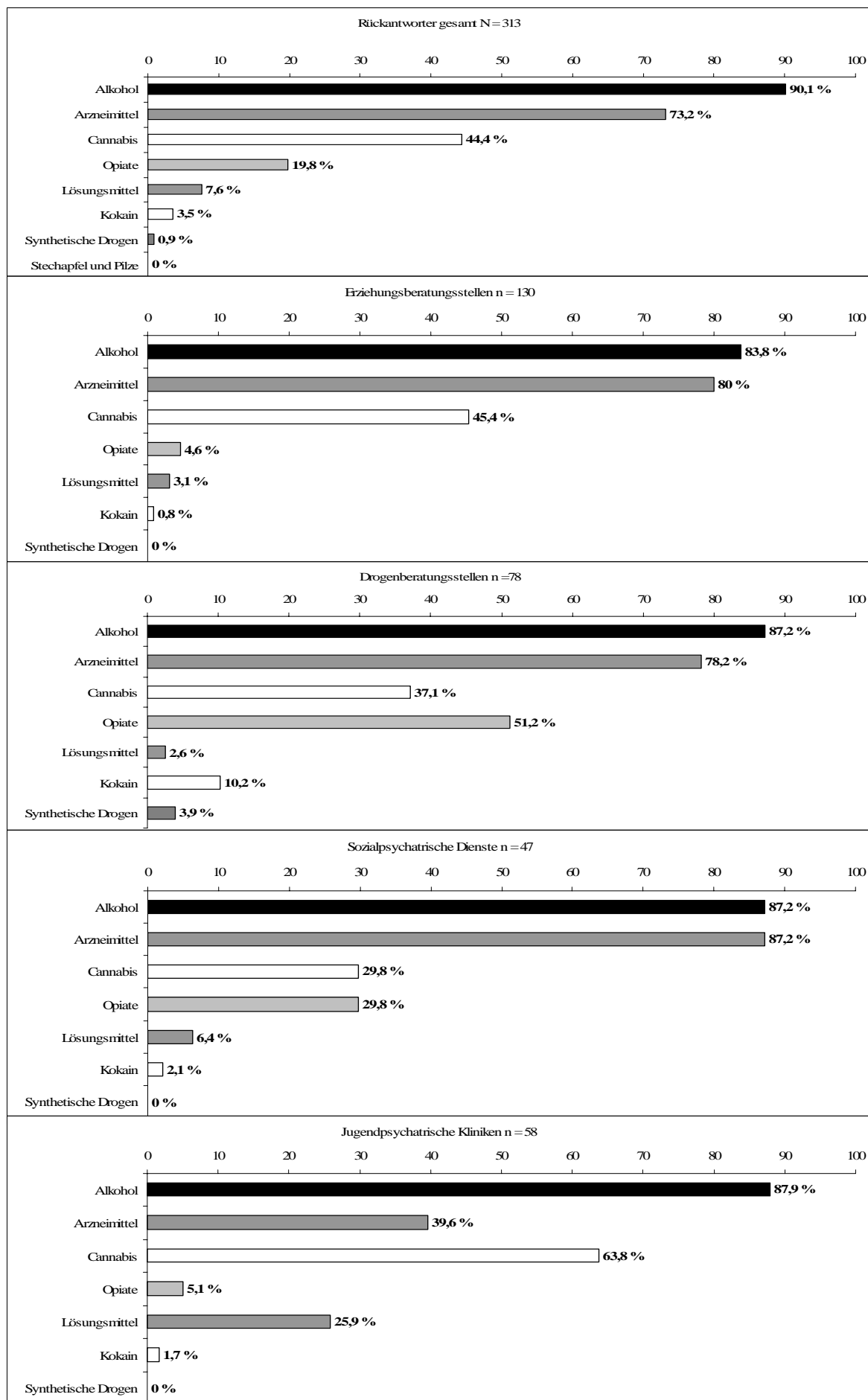
Sozialpsychiatrische Dienste:

Unter den Sozialpsychiatrischen Diensten betreuten 87 Prozent (n=41) der Einrichtungen Klienten, die Alkohol mit am häufigsten missbrauchten. Bei einer gleichgroßen Anzahl dieser Institutionen wurden Klienten vorstellig, die häufig Arzneimittel konsumierten. Mit 30 Prozent (n=14) betreuten deutlich weniger Sozialpsychiatrische Dienste jene Klienten, die Cannabis häufig missbrauchten. Gleich viele Einrichtungen sahen sich mit häufigem Opiatmissbrauch konfrontiert. Jedoch nur 6 Prozent (n=3) dieser Institutionen betreuten Klienten, die häufig Lösungsmittel gebrauchten. Und mit 2 Prozent betreute lediglich eine Einrichtung Missbraucher von Kokain. Im Vergleich der Institutionsgruppen hatten die Sozialpsychiatrischen Dienste im Verhältnis am wenigsten mit Klienten zu tun, die häufig Cannabis missbrauchten. Andererseits betreuten weit mehr Sozialpsychiatrische Dienste als Erziehungsberatungsstellen oder Jugendpsychiatrische Kliniken auch jenes Klientel, das häufig Opiate missbrauchte.

Jugendpsychiatrische Kliniken:

Mit 88 Prozent sahen sich die meisten Jugendpsychiatrischen Kliniken (n=51) Klienten gegenüber, die häufig Alkohol missbrauchten. Im Vergleich zu den übrigen Institutionsgruppen gaben jedoch mit 40 Prozent (n=23) verhältnismäßig wenig Jugendpsychiatrische Kliniken an, Arzneimittel missbrauchende Klienten zu betreuen. Zum anderen waren es mit 64 Prozent (n=37) relativ viele Einrichtungen, die häufige Missbraucher von Cannabis unter ihrem Klientel hatten. Auffallend ist in dieser Gruppe vor allem der mit 26 Prozent (n=15) hohe Anteil an Einrichtungen, die auch Klienten hatten, die häufig Lösungsmittel konsumierten. Mit 5 Prozent (n=3) wurden nur wenige Jugendpsychiatrische Kliniken mit häufigem Opiatkonsum konfrontiert. Schließlich gab eine Klinik an, dass von ihren Klienten mit am häufigsten Kokain konsumiert wurde. Herausragend war die große Anzahl Jugendpsychiatrischer Kliniken, die im Jahr 1988 Klienten betreuten, die Lösungsmittel missbrauchten.

Abbildung 5: Die am häufigsten von den Klienten im Jahr 1988 missbrauchten Suchtstoffe unterteilt nach betreuenden Institutionen



Zu Frage 15:

Die Frage danach, ob das verfügbare Informationsmaterial zum Thema Lösungsmittelmissbrauch ausreichend ist, wurde von 86 Prozent (n=265) der Rückantworter (n=308) mit „Nein“ beantwortet.

Der Vergleich der Institutionsgruppen ergab folgende Gruppenunterschiede. 91 Prozent (n=52) der Jugendpsychiatrischen Kliniken, 90 Prozent (n=68) der Drogenberatungsstellen, 89 Prozent (n=41) der Sozialpsychiatrischen Dienste und 81 Prozent (n=104) der Erziehungsberatungsstellen teilten diese Meinung (Tabelle 10, s. Anhang).

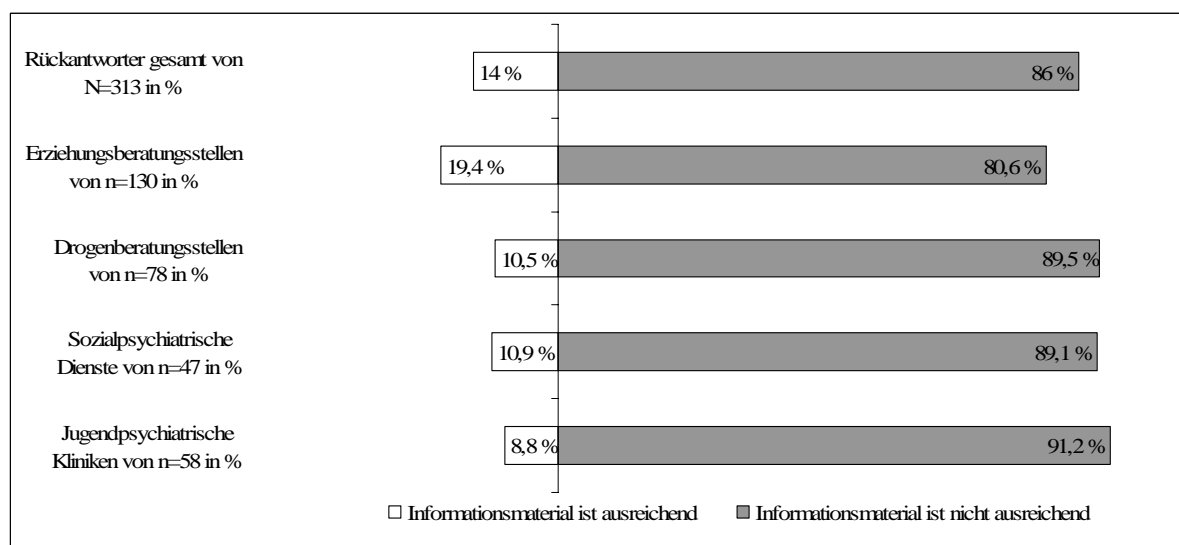


Abbildung 6: Beurteilung ob das verfügbare Informationsmaterial zum Thema Lösungsmittelmissbrauch ausreichend ist unterteilt nach betreuenden Institutionen

5.3. Darstellung der Untersuchungsbefunde jener Institutionen, die vor 1989 Klienten betreuten, die Lösungsmittel zum Zweck der Rauscherzeugung missbrauchten.

In die Untersuchungsbefunde der Fragen 4 bis 14 flossen die Daten von 76 Einrichtungen der Stichprobe ein, die in den Jahren vor 1989 Lösungsmittelmissbrauchende betreut hatten (vgl. Abschnitt 5.2. zu Frage 1).

Bei der Ergebnisdarstellung wird zunächst die Gesamtzahl der 76 Einrichtungen betrachtet, um anschließend die Unterschiede zwischen den Institutionsgruppen darzustellen.

Zu Frage 4:

Auf die Frage, wie groß 1988 der prozentuale Anteil an Klienten war, der wegen Drogenproblemen die Einrichtung aufgesucht hatte, antworteten 73 Institutionen (7

Sozialpsychiatrische Dienste, 22 Drogenberatungsstellen, 29 Jugendpsychiatrische Kliniken und 15 Erziehungsberatungsstellen). Drei Einrichtungen machten keine Angaben zu dieser Frage (1 Sozialpsychiatrischer Dienst, 1 Drogenberatungsstelle und 1 Jugendpsychiatrische Klinik).

Bei den antwortenden Einrichtungen ergab sich, dass 1988 durchschnittlich 27 Prozent der Klienten wegen ihrer Drogenprobleme vorstellig wurden. Dieser Anteil am Klientel variiert stark von Einrichtung zu Einrichtung. Die Angaben bewegen sich zwischen 1 und 100 Prozent. Außerdem gaben zwei Jugendpsychiatrische Kliniken und eine Drogenberatungsstelle an, dass keiner ihrer Klienten vorrangig wegen Drogenproblemen die Hilfe der Einrichtung gesucht hatte (Tabelle 11, s. Anhang).

Im Vergleich der Institutionsgruppen zeigten sich folgende Unterschiede. Die rückantwortenden Drogenberatungsstellen (n=23) betreuten 1988 durchschnittlich zu 65 Prozent Klienten, die wegen ihrer Suchtproblematik kamen. Unter den Sozialpsychiatrischen Diensten (n=8) waren dies 1988 mit durchschnittlich 18 Prozent des Klientels ein noch wesentlich größerer Anteil an Klienten als bei den Erziehungsberatungsstellen (n=15) mit 9 Prozent und den Jugendpsychiatrischen Kliniken (n=29) mit 8 Prozent.

Bemerkenswert erscheint, dass nahezu jeder zehnte Klient die Erziehungsberatungsstellen und die Jugendpsychiatrischen Kliniken wegen seiner Suchtproblematik aufsuchte. Bei den Sozialpsychiatrischen Diensten war es sogar jeder fünfte Klient. Gleichzeitig ist hervorzuheben, dass die Drogenberatungsstellen von durchschnittlich 35 Prozent ihrer Klienten nicht auf Grund von Drogenmissbrauch aufgesucht wurden.

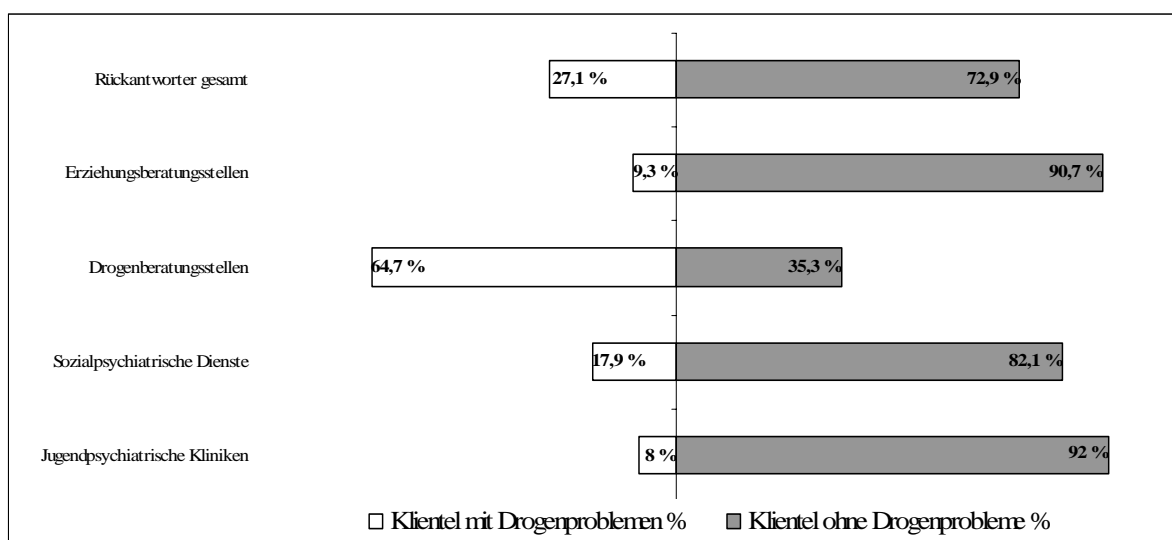


Abbildung 7: Anteil des Klientels, der eine der Beratungsstellen wegen einer Suchtproblematik aufsuchte unterteilt nach betreuenden Institutionen

Zu Frage 5:

Die Frage nach der Anzahl an Klienten, die 1988 Lösungsmittel missbraucht hatten, wurde von 74 Einrichtungen beantwortet. Zwei Einrichtungen gaben an, über die Anzahl keinen Überblick zu haben, so dass 72 Antworten mit in die Berechnungen einbezogen werden konnten. Diese Institutionen betreuten 1988 insgesamt 335 Lösungsmittelmissbrauchende.

Jene Einrichtungen, die Lösungsmittelabhängige betreuten, hatten durchschnittlich 5 Klienten mit dieser Suchtproblematik. Dabei gaben zusammen 37 der 72 Institutionen an, nur ein oder zwei nach flüchtigen Stoffen süchtige Klienten gehabt zu haben. Die höchsten Angaben machte eine Drogenberatungsstelle, die 1988 von 35 Klienten mit der oben genannten Problematik aufgesucht worden war.

In den einzelnen Institutionsgruppen ergab sich für all jene Einrichtungen, die Lösungsmittelsüchtige betreuten, jeweils die folgende durchschnittliche Anzahl an diesen Klienten: Die Sozialpsychiatrischen Dienste hatten im Mittel 7 lösungsmittelabhängige Klienten und die Drogenberatungsstellen hatten im Mittel 6 Klienten, die flüchtige Stoffe inhalierten. Dagegen lag das Mittel bei den Jugendpsychiatrischen Kliniken und bei den Erziehungsberatungsstellen nur bei 4 lösungsmittelabhängigen Klienten (Abbildung 8, s. unten).

		Rück- antworter gesamt	Erziehungs- beratungs- stellen	Drogen- beratungs- stellen	Sozialpsy- chiatrische Dienste	Jugendpsy- chiatrische Kliniken
Anzahl der validen Antworten	n	72	14	22	7	29
Anzahl der Lösungs- mittelmissbraucher innerhalb der Stichprobe	n	335	49	120	48	118
Durchschnittliche Anzahl an Lösungsmittelmissbrau- chern pro Einrichtung	n	4,7	3,5	5,5	6,9	4,1
Range der Angaben zur Anzahl an Lösungs- mittelmissbrauchern	n	1 - 35	0 - 15	1 - 35	2 - 20	1 - 30

Tabelle 12: Anzahl jener 1988 betreuten Klienten, die Lösungsmittel zum Zweck der Rauscherzeugung missbrauchten unterteilt nach betreuenden Institutionen

Zu Frage 6:

Auf die Frage, wie hoch unter dem Lösungsmittel missbrauchenden Klientel der prozentuale Anteil jener war, für die Lösungsmittel eine vorrangige Rolle in ihrem politoxikomanen Drogenkonsummuster einnahm, antworteten 70 Einrichtungen. Drei von diesen Institutionen hatten nicht genügend Informationen über das in Frage kommende

Klientel und konnten deshalb keine Angaben machen. Die übrigen Antworten variierten stark. Einerseits waren 13 Einrichtungen der Ansicht, dass für keinen ihrer Drogen konsumierenden Klienten Lösungsmittel die vorrangige Rolle spielte. Andererseits gaben 20 Institutionen an, dass für alle ihre Klienten, die Lösungsmittel missbrauchten, diese Suchtstoffe die vorrangige Rolle im politoxikomanen Drogenkonsummuster einnahmen. Die restlichen Angaben bewegten sich zwischen 1 und 90 Prozent. Für alle Institutionen ergab sich, dass im Mittel für 47 Prozent der Klienten, die flüchtige Substanzen missbrauchten, diese Sucht im Vordergrund stand. Anders formuliert, konsumierte nahezu die Hälfte der Inhalanzien missbrauchenden Klienten vorrangig diese flüchtigen Stoffe (Abbildung 8, s. unten).

Im Vergleich der Institutionsgruppen ergibt sich folgendes Bild:

Die Sozialpsychiatrischen Dienste waren im Mittel der Meinung, dass 68 Prozent ihrer lösungsmittelabhängigen Klienten vor allem diese Suchtmittel konsumierten. Die Drogenberatungsstellen gaben, wie auch die Jugendpsychiatrischen Kliniken, im Mittel 48 Prozent an und die Erziehungsberatungsstellen 30 Prozent.

		Rück- antworter gesamt	Erziehungs- beratungs- stellen	Drogen- beratungs- stellen	Sozialpsy- chiatrische Dienste	Jugendpsy- chiatrische Kliniken
Valide Antworten	n	67	14	20	7	26
Durchschnittlicher Anteil der vorrangig lösungsmittelmiss- brauchenden Klienten	%	46,5	30,4	48,0	68,3	48,0
Range der Angaben zum durchschnittlichen Anteil dieser Klienten	%	0 - 100	0 - 100	0 - 100	5 - 100	0 - 100
Anzahl dieser Klienten innerhalb der Stichprobe 1988	n	157	14	57	32	54

Tabelle 13: Nennung des Anteils der Lösungsmittelmissbrauchenden, für den die Inhalation flüchtiger Substanzen eine vorrangige Rolle im politoxikomanen Drogenkonsumverhalten darstellt unterteilt nach betreuenden Institutionen

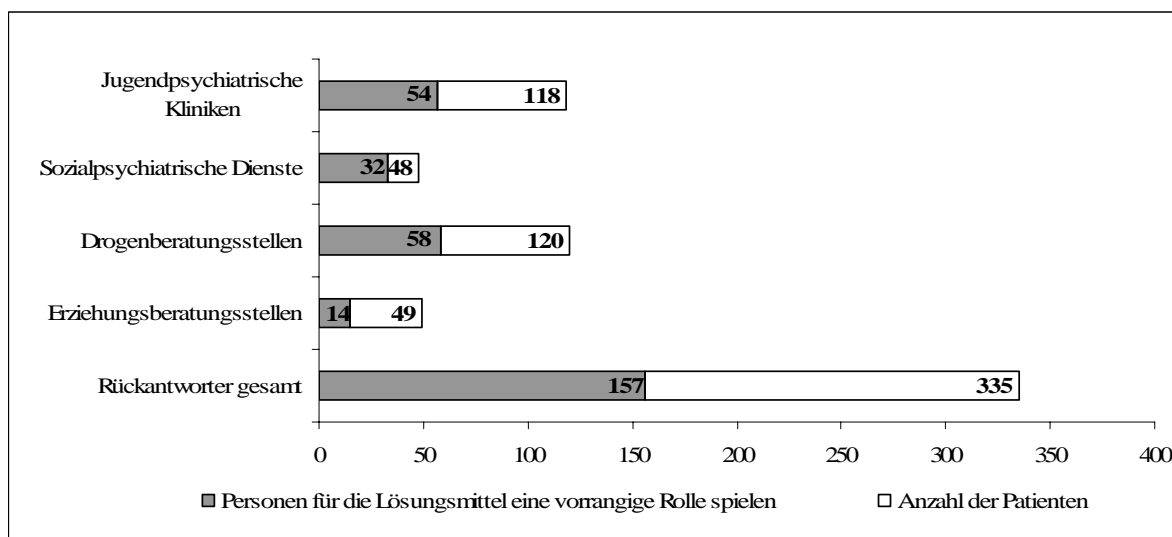


Abbildung 8: Anzahl der Lösungsmittel missbrauchenden Klienten und derer, für die flüchtige Stoffe die vorrangige Rolle im Drogenkonsummuster spielen unterteilt nach betreuenden Institutionen

Unter Einbeziehung der Umfragebefunde zur Anzahl jener Klienten, die im Jahr 1988 Lösungsmittel zum Zweck der Rauscherzeugung nutzten (vgl. Frage 5), konnte hochgerechnet werden, dass 1988 innerhalb der Stichprobe für 157 Klienten die Inhalation flüchtiger Stoffe das vorrangige Suchtproblem darstellte. Von diesen Klienten wurden 58 in Drogenberatungsstellen und 54 in Jugendpsychiatrischen Kliniken behandelt, während wegen dieser Problematik nur 32 Klienten von Sozialpsychiatrischen Diensten und nur 14 Klienten von Erziehungsberatungsstellen betreut wurden.

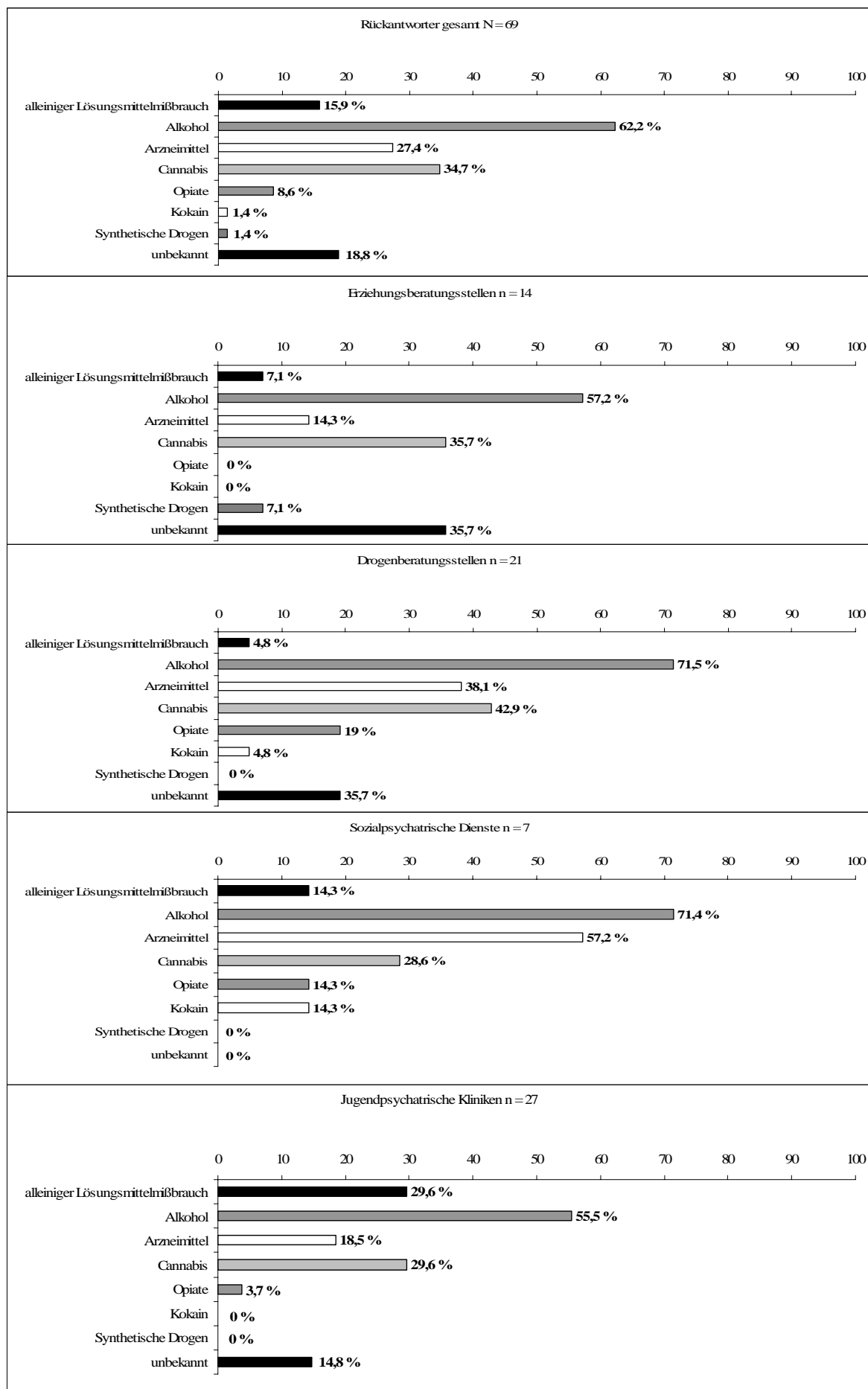
Zu Frage 7:

Auf die Frage nach den drei am häufigsten mit Lösungsmitteln kombinierten Suchtstoffen konnten 13 (19 Prozent) der 69 antwortenden Einrichtungen in Ermangelung ausreichender Informationen keine Angaben machen.

Die lösungsmittelabhängigen Klienten von 11 Institutionen (16 Prozent) missbrauchten ausschließlich flüchtige Substanzen zum Zweck der Rauscherzeugung. Für die übrigen 45 Einrichtungen (65 Prozent), deren Klienten Lösungsmittel zusammen mit anderen Suchtstoffen konsumierten, ergab sich hinsichtlich der Häufigkeit, mit der die verschiedenen Stoffe von den Institutionen genannt wurden, folgende absteigende Reihenfolge. Die Klienten von 43 Einrichtungen (62 Prozent) kombinierten Alkohol mit Lösungsmitteln. Das Klientel von 24 Institutionen (35 Prozent) konsumierte Cannabis zusammen mit flüchtigen Substanzen. Arzneimittel wurden in diesem Kontext von 19 Institutionen (27 Prozent) und Opiate noch von 6 Einrichtungen (9 Prozent) genannt. Nur die Klienten von jeweils einer Einrichtung hatten Kokain oder Halluzinogene (1 Prozent) mit Lösungsmitteln kombiniert.

Der Vergleich der Institutionsgruppen zeigt in allen Gruppen eine mit der Gesamtheit übereinstimmende Gewichtung der verschiedenen Suchtstoffe, die im politoxikomanen Drogenkonsummuster der Lösungsmittelabhängigen beobachtet wurden (Abbildung 9, s. unten; Tabelle 14 u. 15, s. Anhang).

Abbildung 9: Nennung der am häufigsten in Kombination mit Lösungsmitteln konsumierten Drogen unterteilt nach betreuenden Institutionen

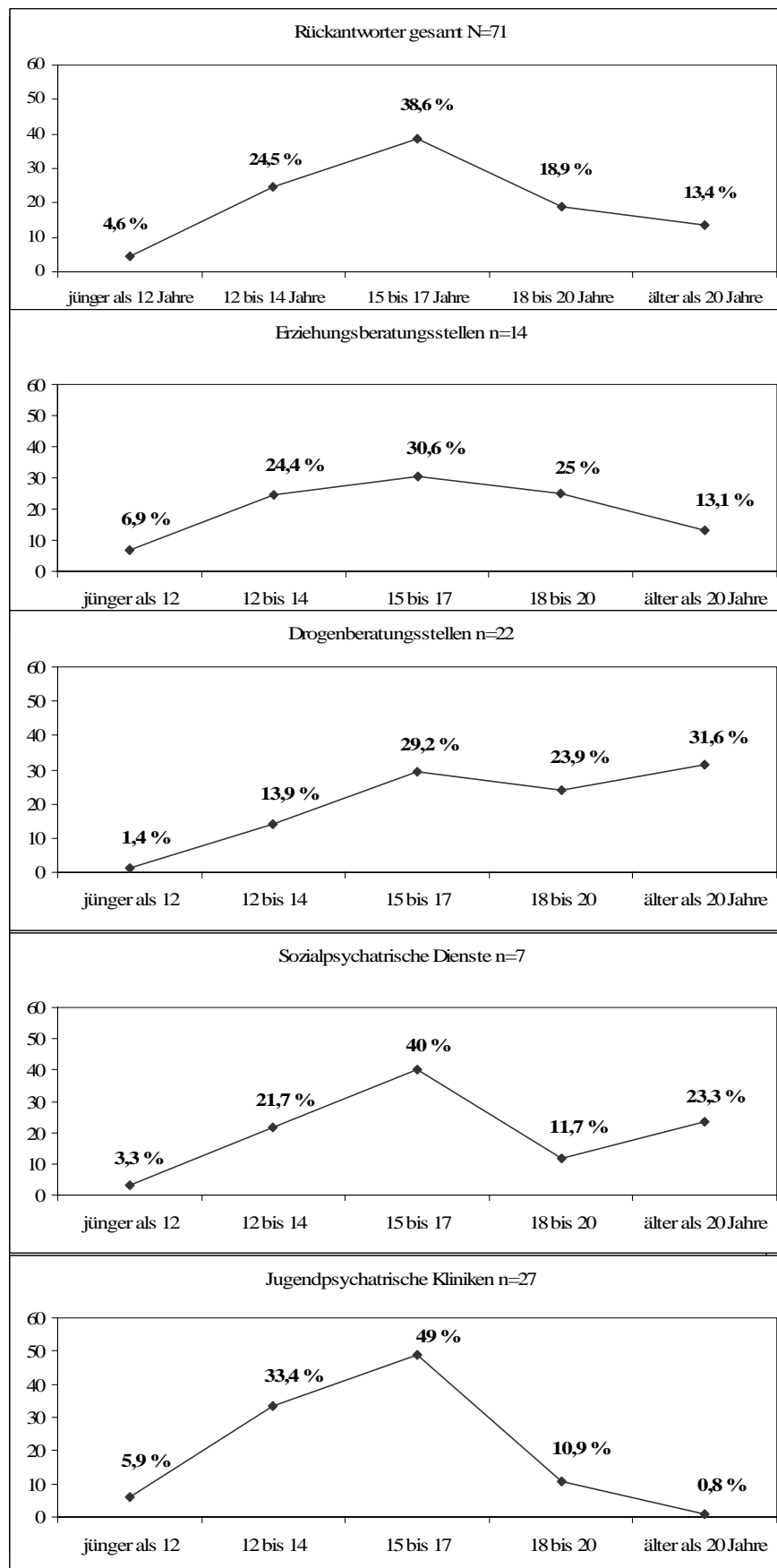


Zu Frage 8:

In die Beurteilung des Lebensalters der lösungsmittelabhängigen Klienten flossen die Angaben von 71 Einrichtungen ein. Am häufigsten waren die Klienten 15 bis 17 Jahre alt. Am zweithäufigsten stammten sie aus der Altersgruppe der 12- bis 14-jährigen und am dritthäufigsten aus der Gruppe der 18- bis 20-jährigen. Ein immer noch beachtlicher Teil der Klienten ist über 20 Jahre alt, während die Klienten unter 12 Jahren weitaus seltener sind.

Im Vergleich der Institutionsgruppen fällt einerseits auf, dass Klienten unter 15 Jahren insbesondere in Jugendpsychiatrischen Kliniken behandelt wurden, und andererseits Klienten jenseits des 17 Lebensjahres vor allem von Drogenberatungsstellen und auch von Erziehungsberatungsstellen betreut wurden. In allen Institutionsgruppen war die Altersgruppe der 15- bis 17-jährigen jedoch am stärksten vertreten (Abbildung 10, s. unten; Tabelle 16 u. 17, s. Anhang).

Abbildung 10: Altersverteilung der flüchtige Stoffe konsumierenden Klienten unterteilt nach betreuenden Institutionen



Zu Frage 9:

Die Frage nach dem Geschlecht der lösungsmittelabhängigen Klienten wurde von 71 Einrichtungen beantwortet. Von diesen gaben acht Institutionen an, auf Grund der geringen Anzahl an betroffenen Klienten, keine Beurteilung der Geschlechterverteilung abgeben zu können.

Bei der Auswertung der übrigen 63 Institutionen ergab sich ein durchschnittlicher Anteil von 31 Prozent weiblichen und 69 Prozent männlichen Klienten, also annäherungsweise ein Verhältnis von 1:2.

Im Vergleich der Institutionsgruppen zeigten sich folgende Unterschiede in der Geschlechterverteilung des lösungsmittelabhängigen Klientels. Während sich bei den Jugendpsychiatrischen Kliniken nahezu ein Verhältnis von männlichen (56 Prozent) zu weiblichen (44 Prozent) Klienten von 1:1 ergab, wurden in den Drogenberatungsstellen wesentlich mehr männliche Klienten (86 Prozent) als weibliche (14 Prozent) betreut, was einem Verhältnis von 6:1 entspricht. Für die Sozialpsychiatrischen Dienste errechnete sich eine durchschnittliche Verteilung von 76 Prozent männlichen zu 24 Prozent weiblichen Klienten (ungefähres Verhältnis 3:1). Die Erziehungsberatungsstellen betreuten zu 62 Prozent männliche und zu 38 Prozent weibliche Lösungsmittelabhängige (ungefähres Verhältnis 2:1) (Tabelle 18, s. Anhang).

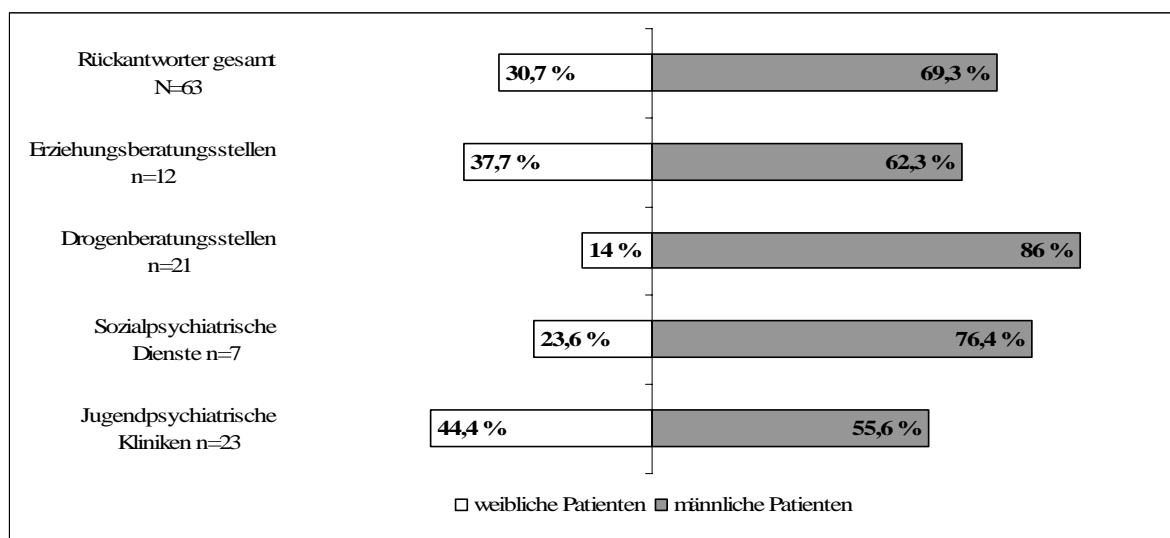


Abbildung 11: Geschlechterverteilung der Lösungsmittelmissbrauchenden Klienten unterteilt nach betreuenden Institutionen

Zu Frage 10:

Auf die Frage, ob der Lösungsmittelmissbrauch vor allem ein Problem sozial schwacher Schichten sei, antworteten 71 Einrichtungen, von denen drei (4 Prozent) auf Grund zu kleiner Fallzahlen keine Einschätzung vornehmen konnten.

Von den verbleibenden 68 Einrichtungen waren 33 (47 Prozent) sehr wohl der Ansicht, dass der Missbrauch flüchtiger Substanzen ein Problem sozial schwacher Schichten sei. Wohingegen 35 (50 Prozent) Institutionen nicht dieser Meinung waren.

Unter den Drogenberatungsstellen und den Jugendpsychiatrischen Kliniken war das Verhältnis zwischen Befürwortern und Verneinern dieser Meinung nahezu ausgeglichen (Drogenberatungsstellen: n=11 / n=10, Jugendpsychiatrische Kliniken: n=13 / n=12). Dahingegen waren mehr als zwei Drittel der Sozialpsychiatrischen Dienste (71 Prozent), aber nur ein Viertel der Erziehungsberatungsstellen (27 Prozent) davon überzeugt, dass diese Suchtproblematik vor allem sozial Schwache betrifft (Tabelle 19, s. Anhang).

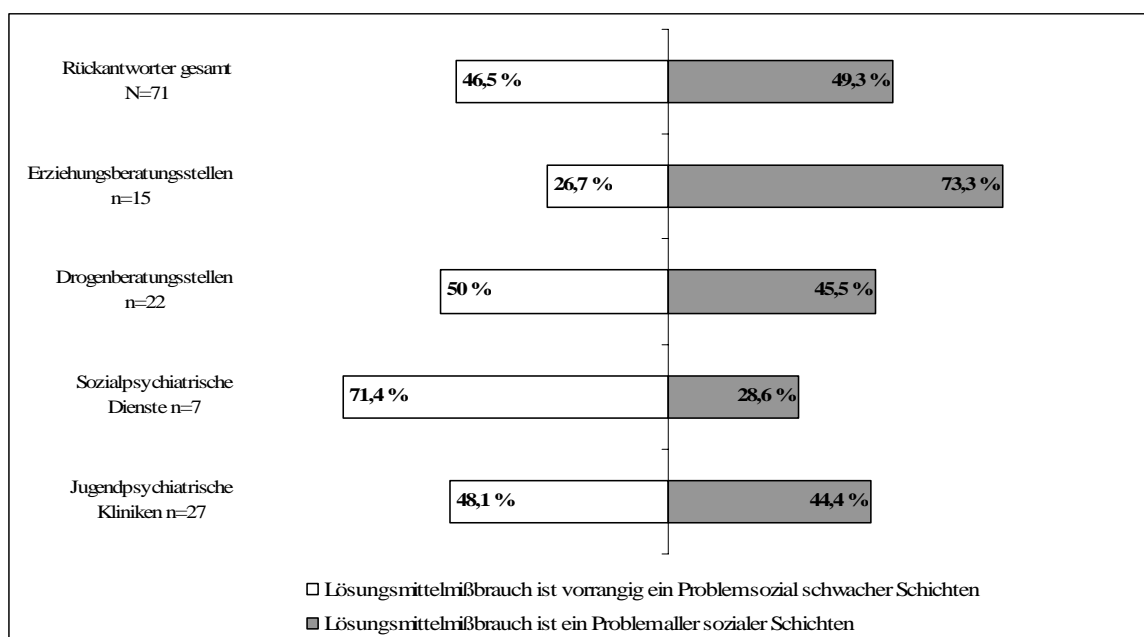


Abbildung 12: Beurteilung, ob Lösungsmittelmissbrauch vorrangig ein Problem sozial schwacher Schichten ist unterteilt nach betreuenden Institutionen

Zu Frage 11:

Die Frage nach den häufigsten Überweisungswegen wurde von 73 Einrichtungen sehr unterschiedlich beantwortet. Da die überwiegende Mehrheit der antwortenden Einrichtungen nicht wie erbeten eine Rangfolge unter den Antworten erstellte, sondern entweder die vorgefertigten Items nur angekreuzte oder nur eine einfache Benennung

unter >andere< vornahm, wurden bei der Ergebnisauswertung die wenigen Rangbildungen nicht berücksichtigt und alle Antworten gleichwertig betrachtet.

Hinsichtlich der Häufigkeit, mit der die verschiedenen Überweisungswege genannt wurden, ergab sich für die gesamte Stichprobe folgende absteigende Reihenfolge. Überweisungswege: **1.** auf Weisung der Erziehungsberechtigten (n=34), **2.** über Ärzte (n=30), **3.** direkt (n=29), **4.** auf Weisung von Lehrern oder Ausbildern (n=19), **5.** über Polizei oder Gerichte (n=11), **6.** über Schulpsychologische Dienste (n=8), **7.** über das Jugendamt (n=7), **8.** über Sozialpsychiatrische Dienste (n=6), **9.** über Jugendkreise (n=3), **10.** über Heimbetreuer (n=2), **11.** über Freunde, die sich bereits in Behandlung befanden (n=2), **12.** über die Ehefrau (n=1), **13.** über Drogenberatungsstellen (n=1) (Tabelle 20).

Für die einzelnen Institutionsgruppen ergaben sich folgende Gewichtungen hinsichtlich der Überweisungswege:

Die **Erziehungsberatungsstellen** bekamen ihre lösungsmittelsüchtigen Klienten überdurchschnittlich häufig auf Weisung der Erziehungsberechtigten oder auf direktem Weg und über die Vermittlung von Schulpsychologischen Diensten oder über Lehrer und Ausbilder.

Die Hilfe von **Drogenberatungsstellen** wurde vor allem mittels direkter Kontaktaufnahme oder auf Weisung der Erziehungsberechtigten in Anspruch genommen. Lehrer und Ausbilder überwiesen Lösungsmittelabhängige am häufigsten an Drogenberatungsstellen. Auch Ärzte überwiesen ihre lösungsmittelsüchtigen Klienten relativ häufig an die Drogenberatungsstellen.

Die Klienten der **Sozialpsychiatrischen Dienste** kamen überdurchschnittlich häufig über Polizei und Gerichte in die Institutionen oder aber sie suchten diese direkt auf.

Der Kontakt zu **Jugendpsychiatrischen Kliniken** wurde in erster Linie über Ärzte hergestellt. Bedeutsam ist auch noch die Häufigkeit, mit der Klienten auf Weisung der Erziehungsberechtigten eine Jugendpsychiatrische Klinik aufsuchten. Bei einer ansonsten breiten Fächerung der Antworten zwischen den übrigen Überweisungswegen (vgl. oben) bleibt hervorzuheben, dass den Jugendpsychiatrischen Kliniken die lösungsmittelabhängigen Patienten zum Teil auch von Sozialpsychiatrischen Diensten und Drogenberatungsstellen überwiesen wurden, während dies umgekehrt nicht der Fall war.

Überweisungswege	Rückantworter gesamt N=73		Erziehungs- beratungs- stellen n=14		Drogen- beratungs- stellen n=24		Sozialpsy- chiatrische Dienste n=7		Jugendpsy- chiatrische Kliniken n=28	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Erziehungsberechtigte	34	46,6	10	71,4	12	50,0	1	14,3	11	39,3
Ärzte	30	41,1	2	14,3	7	29,2	2	28,6	19	67,9
auf direktem Weg	29	39,7	8	57,1	15	62,5	4	57,1	2	7,1
Lehrer und Ausbilder	19	26,0	5	35,7	9	37,5	1	14,3	4	14,3
Polizei und Gerichte	11	15,0	1	7,1	3	12,5	4	57,1	3	10,7
Schulpsychologische Dienste	8	11,0	3	21,4	2	8,3	-	-	3	10,7
Jugendamt	7	9,6	1	7,1	2	8,3	-	-	4	14,3
Sozialpsychiatrische Dienste	6	8,2	1	7,1	-	-	1	14,3	4	14,3
Jugendkreise	3	4,1	-	-	-	-	1	14,3	2	7,1
Heimbetreuer	2	2,7	-	-	-	-	-	-	2	7,1
Freunde	2	2,7	1	7,1	-	-	1	14,3	-	-
Drogen- beratungsstellen	1	1,4	-	-	-	-	-	-	1	3,6
Ehefrau	1	1,4	-	-	1	4,2	-	-	-	-

Tabelle 20: Nennung der häufigsten Überweisungswege der Lösungsmittelmissbrauchenden in die betreuenden Einrichtungen unterteilt nach betreuenden Institutionen

Zu Frage 12:

Bei der Erforschung welche individuellen, interaktionellen und sozialen Probleme für Lösungsmittel missbrauchende Klienten im Vordergrund standen, konnten die Angaben von 73 Einrichtungen ausgewertet werden. Auch hier konnte bei der Ergebnisauswertung die erbetene Rangfolge nicht beachtet werden, da die wenigsten Einrichtungen dieser Aufforderung nachkamen. Alle gegebenen Antworten wurden daher einfach gewertet und die Nennungen addiert.

Im Folgenden werden die Umfragebefunde zunächst nach den Problemkreisen gegliedert und der Häufigkeit ihrer Nennung entsprechend in einer absteigenden Reihenfolge dargestellt, um jeweils anschließend in einer vergleichenden Betrachtung auf die Besonderheiten der verschiedenen Institutionsgruppen einzugehen.

Individuelle Probleme:

1. Orientierungslosigkeit (n=46), 2. Depressive Verstimmungen (n=39), 3. Minderwertigkeitsgefühle (n=32), 4. Ängste (n=19), 5. Interesselosigkeit (n=18), 6. Einsamkeit (n=18), 7. Aggressivität (n=13), 8. vermindertes Leistungsvermögen (n=13), 9. Suizidneigung (n=10), 10. Krankheit (n=1).

Der Vergleich der Institutionsgruppen ergab, dass Orientierungslosigkeit, Depressive Verstimmungen und Minderwertigkeitsgefühle in allen Gruppen zu den häufigsten individuellen Problemen Lösungsmittelabhängiger gezählt wurden.

Die **Erziehungsberatungsstellen** sahen darüber hinaus überdurchschnittlich häufig Interesselosigkeit und vermindertes Leistungsvermögen als weitere wesentliche Probleme an.

Von den **Drogenberatungsstellen** wurden häufiger als von den übrigen Einrichtungen Einsamkeit und Ängste bei den Inhalanzien missbrauchenden Klienten beobachtet, während die **Sozialpsychiatrischen Dienste** auffallend häufig Interesselosigkeit und Aggressivität als individuelle Probleme benannten.

Die **Jugendpsychiatrischen Kliniken** wurden mehr als die übrigen Institutionen mit Suizidneigung und vermindertem Leistungsvermögen konfrontiert (Tabelle 21, s. Anhang).

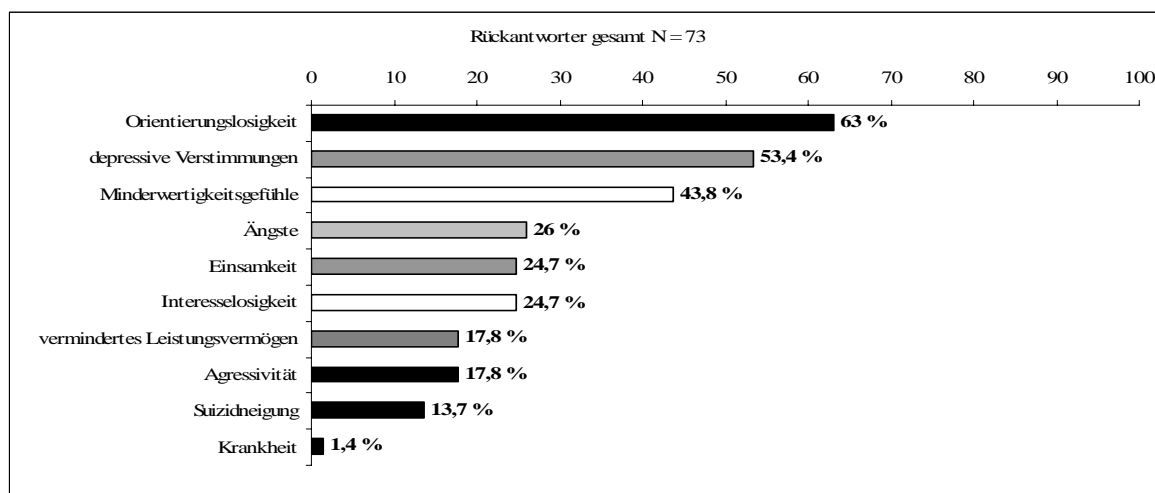
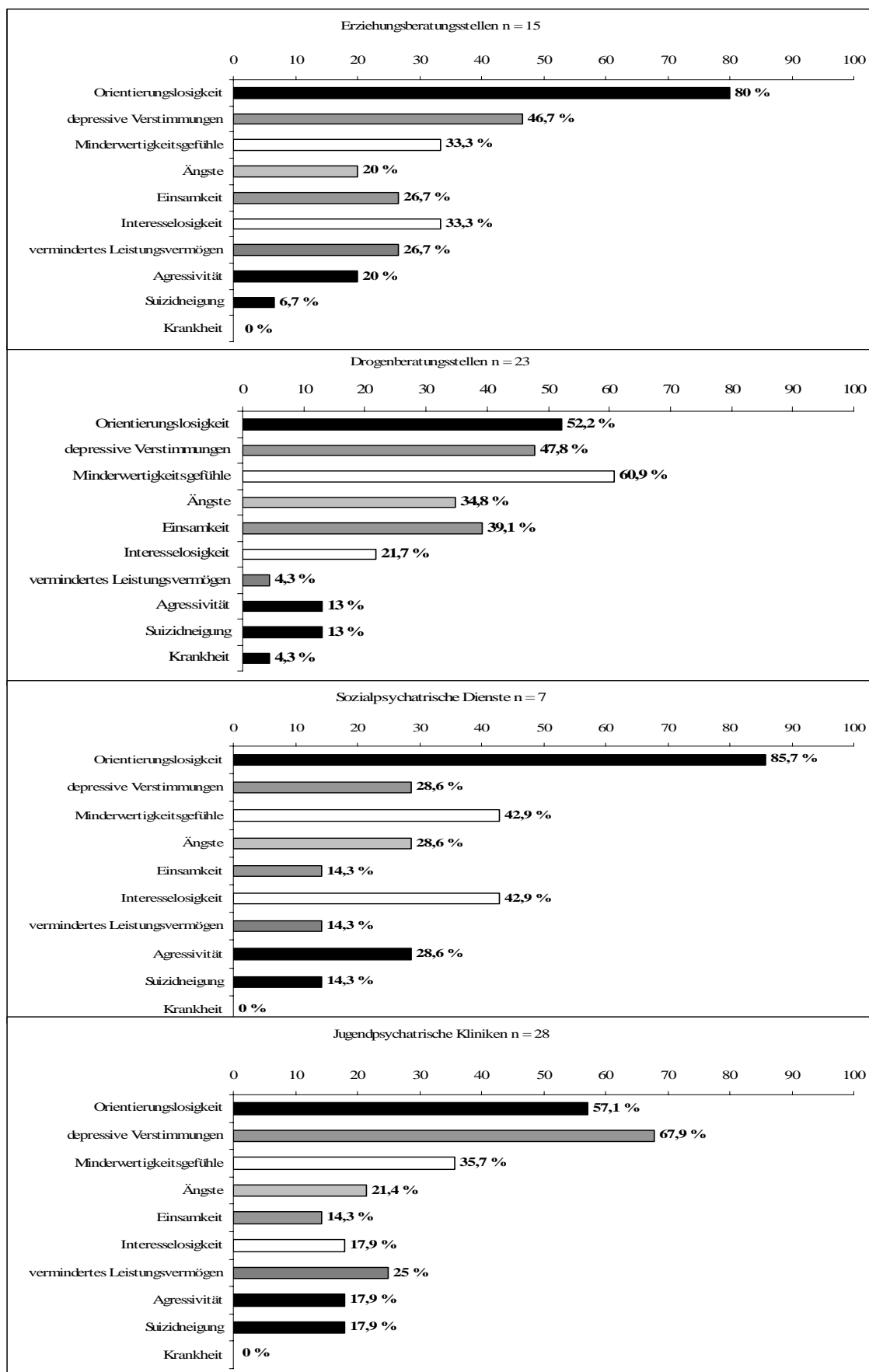


Abbildung 13: Nennung der häufigsten individuellen Probleme der Lösungsmittelmissbrauchenden (Rückantworter gesamt)

Abbildung 14: Nennung der häufigsten individuellen Probleme der Lösungsmittelmissbrauchenden unterteilt nach betreuenden Institutionen



Interaktionelle Probleme:

1. Familienkonflikte (n=57), 2. Drogenkonsum im Freundeskreis (n=37), 3. „broken home“ (n=34), 4. Suchttradition in der Familie (n=25), 5. Heimkarriere (n=18), 6. Konflikte mit Lehrern, Ausbildern oder Vorgesetzten (n=17), 7. Konflikte im Freundeskreis (n=5), 8. Isolation (n=1), 9. extreme Mutterbindung (n=1).

Bei der Gewichtung der einzelnen Probleme zeigten sich nur geringfügige Unterschiede zwischen den einzelnen Einrichtungsguppen, die von der hier erstellten Reihenfolge nur unwesentlich abweichen. Verständlich erscheint, dass die Erziehungsberatungsstellen häufiger als die übrigen Einrichtungen Konflikte mit Lehrern, Ausbildern und Vorgesetzten beobachteten (Tabelle 22, s. Anhang).

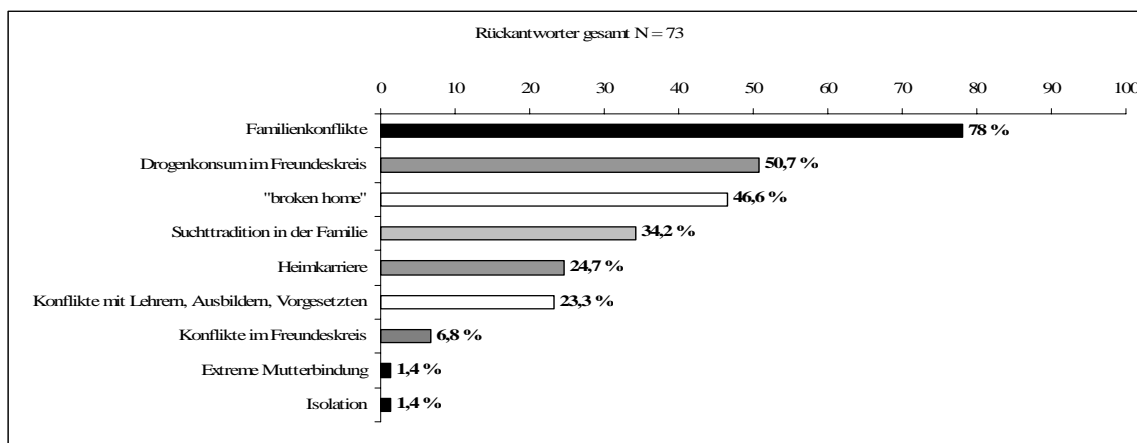
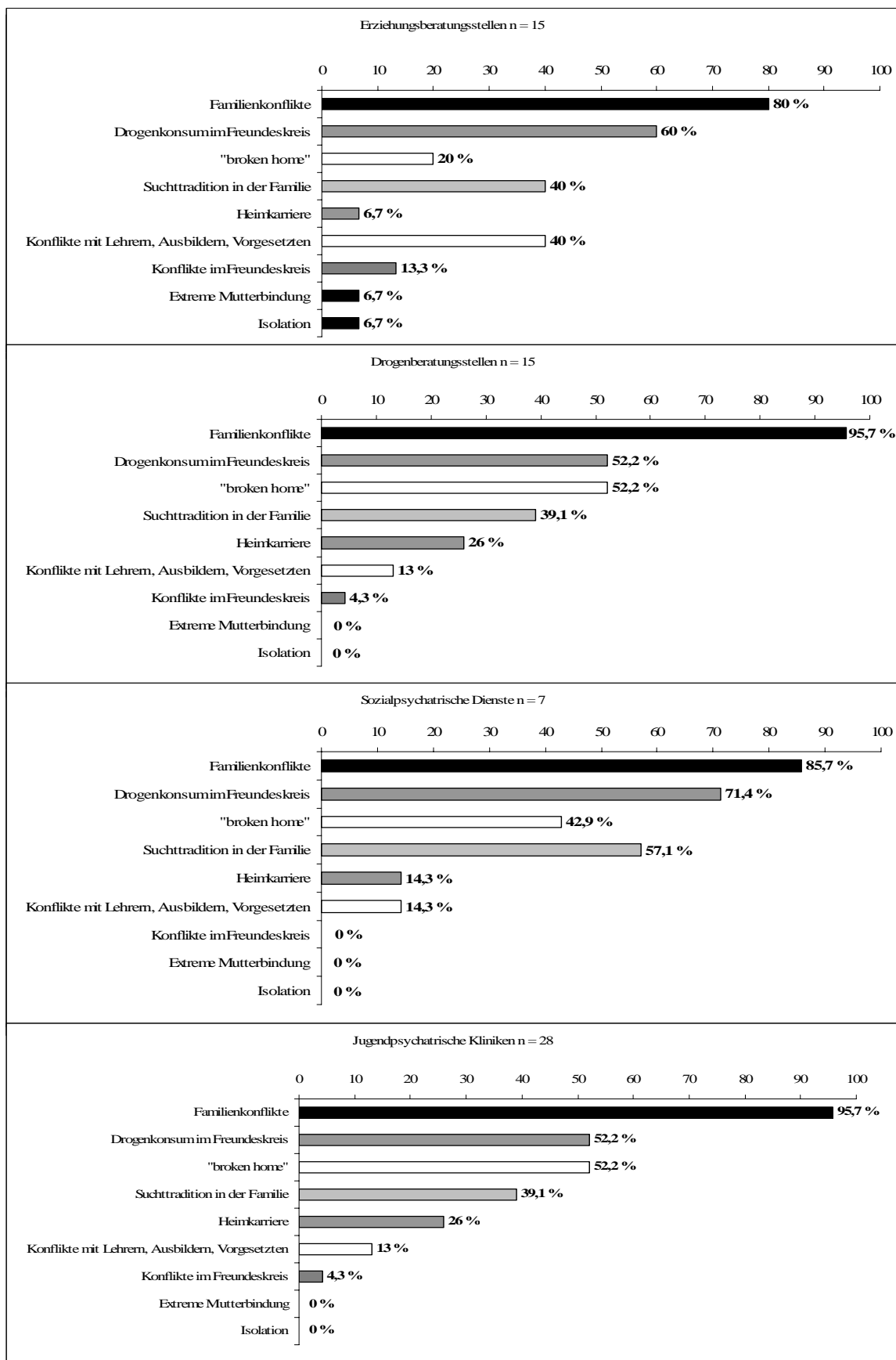


Abbildung 15: Nennung der häufigsten interaktionellen Probleme der Lösungsmittel missbrauchenden Klienten (Rückantworter gesamt)

Abbildung 16: Nennung der häufigsten interaktionellen Probleme der Lösungsmittel missbrauchenden Klienten unterteilt nach betreuenden Institutionen



Soziale Probleme:

1. psychosoziale Inkompetenz (n=50), 2. abgebrochene Schul- oder Berufsausbildung (n=41), 3. mangelhafte sozioökonomische Bedingungen (n=26), 4. Delinquenz (n=17), 6. begrenztes Freizeitangebot (n=10), 7. Schulkonflikte (n=1), 8. Ausländerproblematik (n=1), 9. von Beruf Autolackierer (n=1).

Diese Gewichtung der sozialen Probleme konnte, von geringfügigen Verschiebungen abgesehen, in den einzelnen Institutionsgruppen wieder gefunden werden (Tabelle 23, s. Anhang).

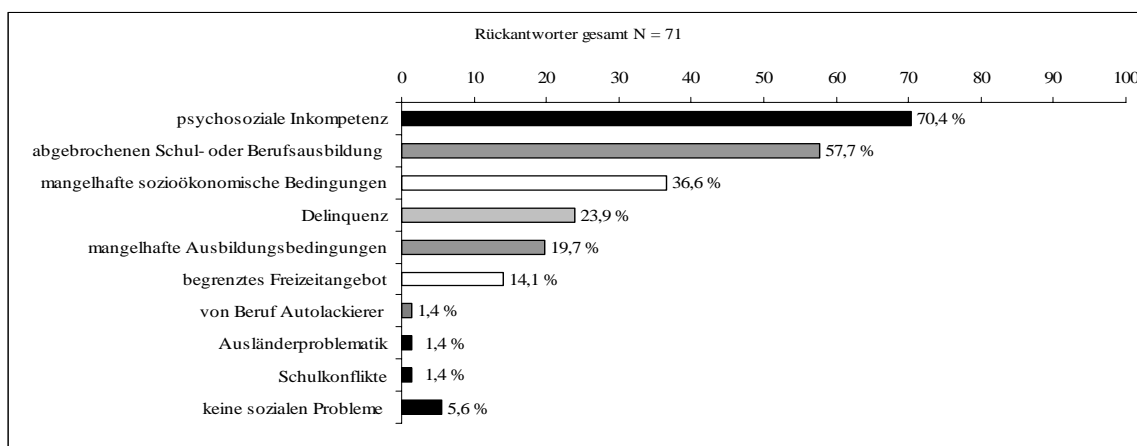
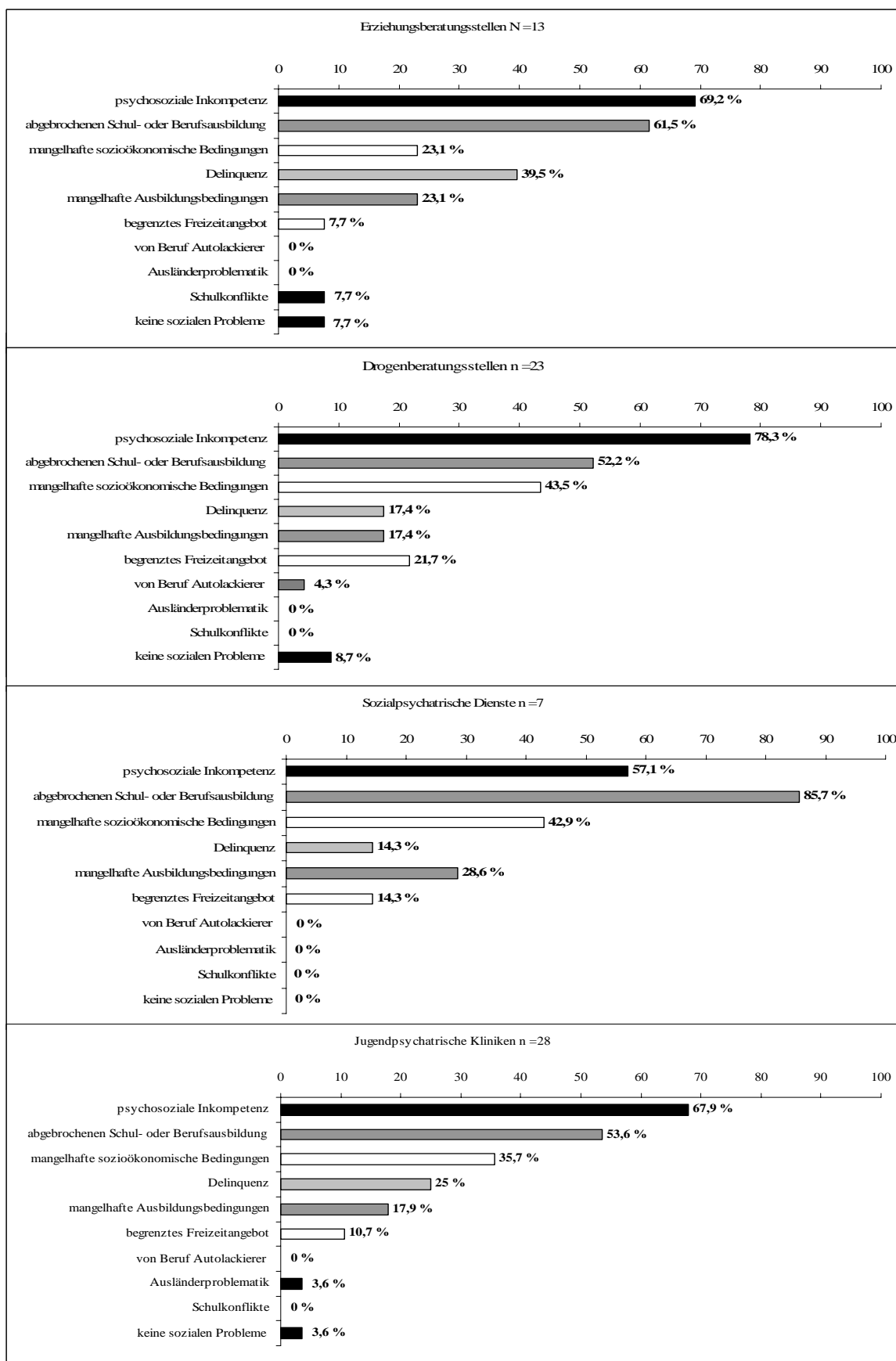


Abbildung 17: Nennung der häufigsten sozialen Probleme der Lösungsmittel missbrauchenden Klienten (Rückantworter gesamt)

Abbildung 18: Nennung der häufigsten sozialen Probleme der Lösungsmittel missbrauchenden Klienten unterteilt nach betreuenden Institutionen



Zu Frage 13:

Hinsichtlich der Entwicklung des Lösungsmittelmissbrauchs in der Bundesrepublik Deutschland in den Jahren von 1979 bis 1988 konnten die Angaben von 68 Institutionen ausgewertet werden. Die antwortenden Einrichtungen gaben jeweils für den Fünfjahreszeitraum von 1979 bis 1983 und von 1984 bis 1989 eine Einschätzung ab.

In der Zeit von **1979 bis 1983** haben sieben von 68 Einrichtungen (10 Prozent) keine Lösungsmittelabhängigen betreut und weitere sieben Institutionen (10 Prozent) gaben an, wegen der geringen Fallzahl keine Einschätzung abgeben zu haben. Es waren 32 Einrichtungen (47 Prozent) der Ansicht, dass der Lösungsmittelmissbrauch in diesem Zeitraum gestiegen war und 21 Institutionen (31 Prozent) schätzten die Situation als gleich bleibend ein. Lediglich eine Institution war der Meinung, dass der Missbrauch volatiler Stoffe von 1979 bis 1983 gesunken war.

Der Vergleich der Institutionsgruppen ergab, dass 58 Prozent (n=15) der Jugendpsychiatrischen Kliniken den Lösungsmittelmissbrauch als zunehmend bewerteten, während diese Meinung nur von 29 Prozent (n=2) der Sozialpsychiatrischen Dienste geteilt wurde, die mit 71 Prozent (n=5) den Entwicklungstrend als gleich bleibend einschätzten. Jeweils 43 Prozent der Erziehungsberatungsstellen (n=6) und der Drogenberatungsstellen (n=9) waren der Ansicht, dass der Missbrauch gestiegen ist, sie wichen damit weniger vom Mittelwert ab (Tabelle 24, s. Anhang).

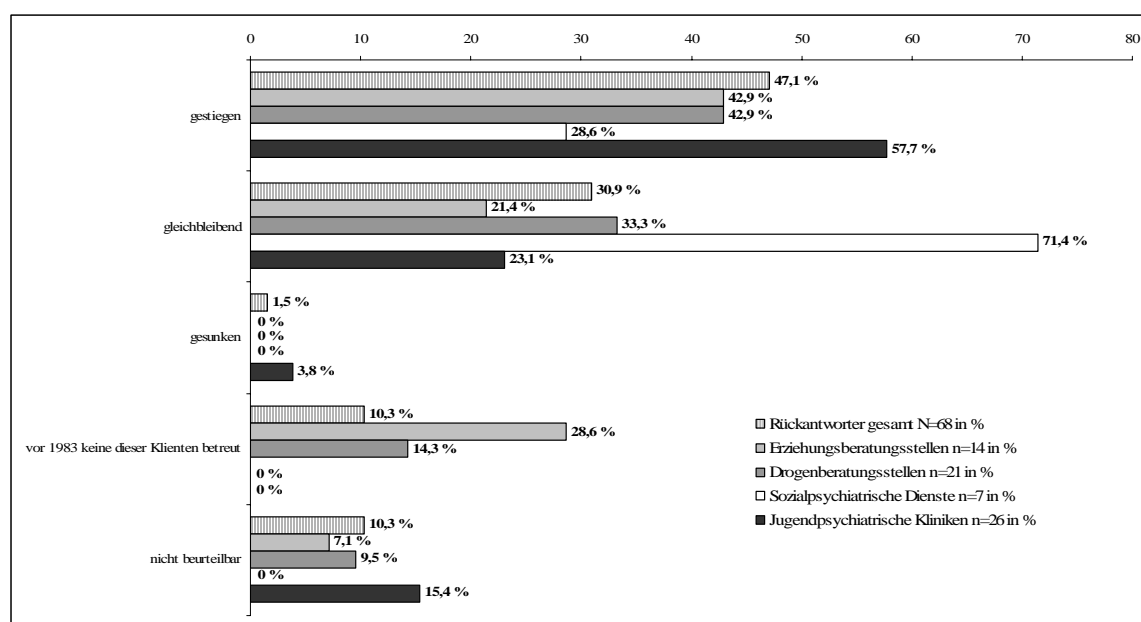


Abbildung 19: Eingeschätzter Entwicklungstrend des Lösungsmittelmissbrauchs in der BRD in den Jahren 1979 - 1983 je nach betreuender Institution

In der Zeit von **1984 bis 1988** hatten alle antwortenden Einrichtungen Lösungsmittelabhängige betreut. Wie zuvor sahen sich sieben Einrichtungen (10 Prozent) nicht in der Lage, den Entwicklungstrend abzuschätzen. 41 Prozent (n=28) schätzten das Problem als zunehmend ein, während mit 44 Prozent (n=30) die meisten Einrichtungen einen gleich bleibenden Trend des Missbrauchs flüchtiger Substanzen für diesen Zeitraum sahen. Drei Einrichtungen (4 Prozent) meinten, dass dieses Suchtphänomen rückläufig gewesen sei.

Im Vergleich der Institutionsgruppen fiel auf, dass insbesondere 57 Prozent (n=8) der Erziehungsberatungsstellen von 1984 bis 1988 einen Zuwachs an Lösungsmittelabhängigen zu verzeichnen hatten, während mit 52 Prozent (n=11) der Drogenberatungsstellen und mit 46 Prozent (n=12) der Jugendpsychiatrischen Kliniken die Mehrheit dieser Einrichtungen eine gleich bleibende Anzahl an Konsumenten flüchtiger Stoffe betreute. Von den Sozialpsychiatrischen Diensten waren gleich viele, nämlich je 43 Prozent (n=3) der Ansicht, dass dieses Suchtproblem zunehmend oder gleich bleibend war (Tabelle 25, s. Anhang).

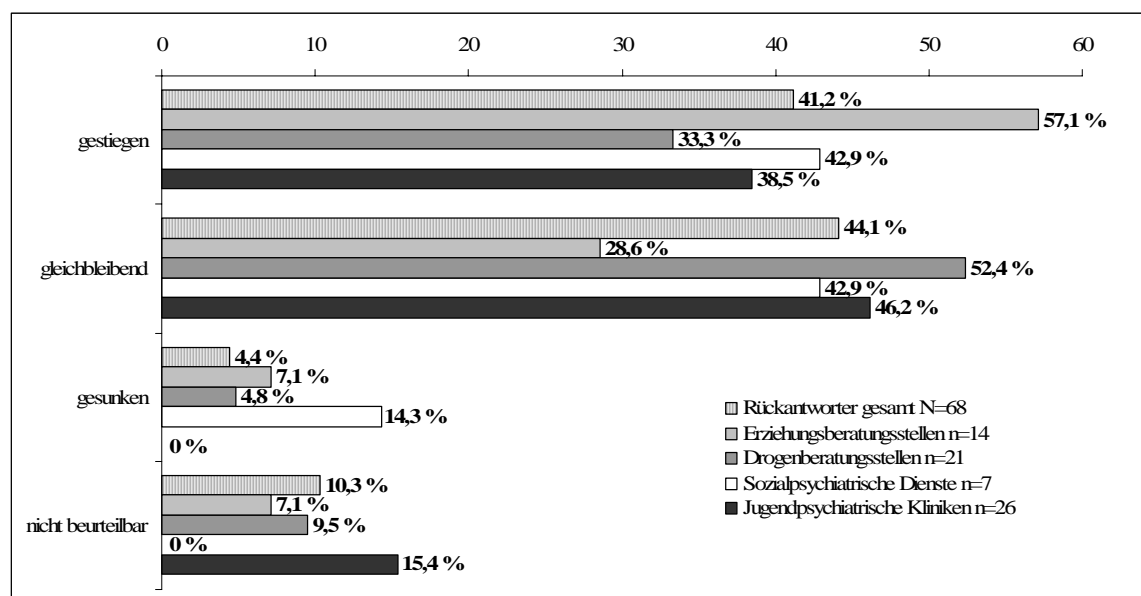


Abbildung 20: Entwicklungstrend des Lösungsmittelmissbrauchs in der BRD in den Jahren 1984 - 1988 je nach betreuender Institution

Zu Frage 14:

Hinsichtlich der Frage, ob sich Lösungsmittelabhängige von anderen Drogenkonsumenten unterscheiden, vertraten von 69 Untersuchungseinheiten 51 Prozent (n=35) die Auffassung, dass Unterschiede bestünden, während 44 Prozent (n=30) keine Unterschiede sahen und 6 Prozent (n=4) keine Beurteilung abgeben konnten.

Im Vergleich der Teilstichproben fiel auf, dass mit 71 Prozent (n=5) der Sozialpsychiatrischen Dienste und mit 57 Prozent (n=12) der Drogenberatungsstellen überdurchschnittlich viele dieser Einrichtungen Unterschiede festgestellt hatten. 44 Prozent (n=12) der Jugendpsychiatrischen Kliniken waren der gleichen Auffassung. Hingegen konnten 57 Prozent (n=8) der Erziehungsberatungsstellen keine Unterschiede beobachten (Tabelle 26, s. Anhang).

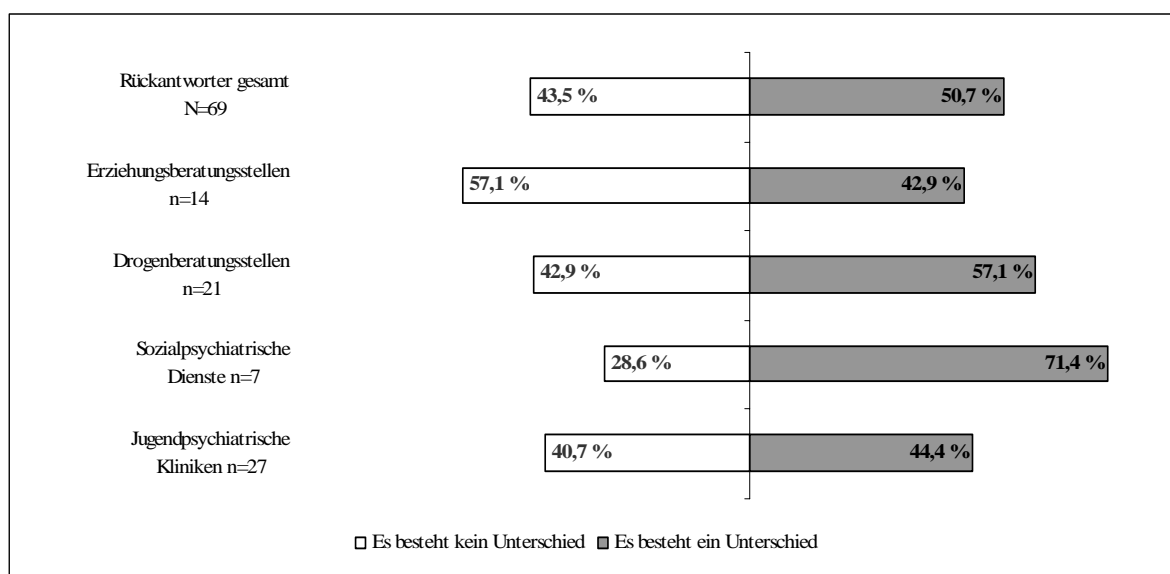


Abbildung 21: Beurteilung, ob sich Lösungsmittelmissbrauchende von anderen Drogenkonsumenten unterscheiden je nach betreuender Institution

Der zweite Teil der Frage gab all jenen Einrichtungen, die Unterschiede beobachtet hatten, die Möglichkeit diese zu formulieren. Hier erfolgt nach Themenkreisen gegliedert die Darstellung der genannten Unterschiede. Die Anzahl der Nennungen ist hinter den Zitaten in Klammern angegeben, sie ist sehr klein, was die Generalisierbarkeit dieser Aussagen begrenzt. Am ehesten besteht Einigkeit hinsichtlich des frühen Einstiegsalters, der Selbstdestruktivität und der sozialen Isolation und Verwahrlosung als hervorzuhebende Merkmale von Lösungsmittelmissbrauchern. Details siehe im Folgenden.

Unterschiede hinsichtlich Drogencharakter und Suchtverhalten:

Auffallend war die häufige Nennung des >frühen Einstiegsalters< (n=8). Bei >schleichendem Einstieg< (n=1) führte der Missbrauch von Lösungsmitteln zu >schneller Suchtentwicklung< (n=2) und über >fehlendes Drogenbewusstsein< (n=2) zu >häufigem Kontrollverlust über das Suchtverhalten< (n=1).

Die Inhalanzien zeichneten sich durch die >Kürze des Rauscherlebnisses< (n=1) aus, was mit dazu führte, dass >Konsumenten schwer erkannt wurden< (n=1). Der fortgesetzte >Konsum führte zu gesundheitlichen Langzeitschäden< (n=1).

Die Lösungsmittelabhängigen hatten eine >hohe allgemeine Drogenaffinität< (n=2), standen mit ihrer Sucht >am untersten Ende der Drogenhierarchie< (n=1) und zeichneten sich dadurch aus, dass >sie extrem selten Kontakt zu Beratungsstellen aufnahmen< (n=2).

Unterschiede hinsichtlich individueller Probleme:

Lösungsmittelabhängige waren gekennzeichnet durch ihre >selbstdestruktive Einstellung< (n=10) und >extreme Suizidneigung< (n=2). Sie waren häufig >kontaktarm< (n=6), >inaktiv< (n=3) und >orientierungslos< (n=2). Sie neigten zu >Depressiven Verstimmungen< (n=2) und >Aggressionen< (n=1). Häufig war ihr >Denkvermögen erniedrigt< (n=5) und sie hatten des Öfteren >psychiatrische Primärerkrankungen< (n=1).

Unterschiede hinsichtlich sozialer Probleme:

Häufig waren die von Inhalanzien Abhängigen >sozial isoliert und verwahrlost< (n=8). Sie zählten vermehrt zu den >sozial schwachen Schichten< (n=7) und lebten unter >mangelhaften sozioökonomischen Bedingungen< (n=2). Auch >Mangelhafter Ausbildungsstand< (n=1) wurde vermehrt beobachtet.

Unterschiede hinsichtlich interaktioneller Probleme:

Die Missbraucher flüchtiger Substanzen hatten in ihrer Vorgeschichte häufig ein >broken home< (n=4) und waren vermehrt >frühkindlich deprivierte Jugendliche mit schweren Beziehungsstörungen< (n=1). Die >peergroup< (n=1) war für sie von Bedeutung.

Lösungsmittelabhängige zeichneten sich darüber hinaus durch ihre >überwiegend neurotisch-emotionalen Verhaltensmuster< (n=1) und ihre >extreme Grenzenlosigkeit< (n=1) aus.

5.4. Betrachtung einzelner Untersuchungsbefunde vor dem Hintergrund der Bevölkerungsdichte

Daten über die jeweilige Bevölkerungsdichte des Ortes, in dem die Einrichtungen tätig waren, liegen von 307 Untersuchungseinheiten vor. Für die vergleichende Betrachtung wurden zwei Gruppen gebildet, die eine für Städte und Gemeinden unter 100.000 Einwohnern (n=182) und die andere für solche über 100.000 Einwohnern (n=125). Im folgenden werden spezielle Fragestellungen vor dem Hintergrund der Bevölkerungsdichte betrachtet.

In Zusammenschau mit Frage 1 konnte ein gleichläufiger Zusammenhang zwischen der Bevölkerungsdichte und dem Anteil der Einrichtungen, die Lösungsmittelmissbraucher betreuten, festgestellt werden. Während nur 21 Prozent (n=39) der Untersuchungseinheiten in Kleinstädten oder ländlichen Regionen dieses Klientel betreuten, stieg der Anteil mit zunehmender Bevölkerungsdichte auf 28 Prozent (n=35) an.

Unter Berücksichtigung der Ergebnisse zu Frage 6 stieg mit der zunehmenden Bevölkerungsdichte der Anteil an Klienten, für die Lösungsmittel die vorrangige Rolle im politoxikomanen Drogenkonsummuster darstellte. Während in den Untersuchungseinheiten (n=36) in Kleinstädten und in ländlichen Regionen der Inhalanzienmissbrauch nur für 38 Prozent der betroffenen Klienten die vorrangige Rolle spielte, waren dies in den Untersuchungseinheiten (n=29) in Großstädten 57 Prozent der Lösungsmittelabhängigen.

Betrachtet man die Ergebnisse der Geschlechtsverteilung aus Frage 9 vor dem Hintergrund der Bevölkerungsdichte, so verschob sich mit zunehmender Einwohnerzahl das Geschlechtsverhältnis nur geringfügig zu Gunsten des weiblichen Klientels. In Kleinstädten und ländlichen Regionen waren durchschnittlich 30 Prozent der Lösungsmittel missbrauchenden Klienten weiblichen Geschlechts, in Großstädten waren dies 32 Prozent.

Nach den Ergebnissen zu Frage 12 ergab sich unserer Erwartung entsprechend ein gleichläufiger Zusammenhang zwischen der Bevölkerungsdichte und der Einschätzung, dass Lösungsmittelmissbrauch vorrangig ein Phänomen sozial schwacher Schichten sei. Während 42 Prozent (n=16) der Einrichtungen in Kleinstädten oder ländlichen Regionen Lösungsmittelmissbrauch vorrangig als Problem sozial schwacher Schichten ansahen, waren dies in Großstädten mit 55 Prozent (n=17) ein deutlich größerer Anteil der Institutionen.

6. Diskussion

Gegenstand der vorliegenden Arbeit war die Erhebung notwendiger Daten über das Drogenkonsumverhalten adoleszenter Klienten von Beratungsstellen mit der Absicht, auf diese Weise Ansatzpunkte für weitere Forschungen zu erhalten. Gleichzeitig sollte die Untersuchung Hinweise geben, die es den beratenden Einrichtungen und den bei ihnen Beschäftigten ermöglicht, insbesondere das Phänomen des Lösungsmittelmissbrauchs unter ihren Klienten besser einschätzen zu können. Die Untersuchung wurde 1989 bis 1991 an der damaligen Psychiatrischen und Nervenklinik (heute: Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie) des Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf unter der Leitung von Prof. Dr. Götze und Dr. Thomasius (heute: Prof. Dr. Thomasius) als retrospektive Repräsentativumfrage zum Lösungsmittelmissbrauch durchgeführt. Die tatsächliche Stichprobengröße umfasste 313 Einrichtungen bei einer Rücklaufquote von 75% (angeschriebene Einrichtungen 415). Die Daten wurden mittels Chi-Quadrat (χ^2)-Test ausgewertet; sofern der Chi-Quadrat-Test wegen zu geringer Häufigkeiten nicht anwendbar war, wurden die Daten qua inspectionem beschrieben.

Bevor die einzelnen Untersuchungsbefunde diskutiert werden, soll zunächst die Untersuchungsplanung und Durchführung rekapituliert werden:

Die Untersuchung wurde als Repräsentativumfrage geplant, wobei in die Untersuchungsgruppe eine Auswahl von Beratungsstellen aus vier unterschiedlichen Institutionsgruppen aufgenommen wurde. Bevor diese Untersuchung durchgeführt wurde, lagen lediglich Daten über das Drogenkonsumverhalten der Klienten von Drogenberatungsstellen vor (Simon et al. 1990a, 1990b; Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen 1991). Diese Umfrage machte deutlich, dass der Missbrauch von Suchtmitteln häufig auch für die Klienten von Erziehungsberatungsstellen, Sozialpsychiatrischen Diensten und Jugendpsychiatrischen Kliniken ein im Vordergrund stehendes Problem darstellt. Das belegt eindeutig, dass bei kommenden Untersuchungen alle Institutionsgruppen einbezogen werden sollten, um repräsentative Daten erheben zu können. Die Aussagekraft der durchgeführten Umfrage ist durch die hohe Anzahl an Untersuchungseinheiten und die hohe Rücklaufquote gewährleistet. Die Studie war so angelegt, dass sowohl qualitative und quantitative Daten über Drogenkonsumenten, die eine der oben aufgeführten Beratungsstellen aufgesucht hatten, gewonnen werden konnten.

Die vorliegenden epidemiologischen Studien zum Drogenkonsumverhalten junger Menschen weisen darauf hin, dass in den letzten 20 Jahren in Mitteleuropa ein stark

ansteigender Trend für den gelegentlichen oder fortgesetzten Konsum volatiler Substanzen bei Adoleszenten zu verzeichnen ist. So ergab die Studie des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit der BRD 1983 nur einen Anteil von 1 bis 10 Prozent, während der Bericht zur Drogensituation 2002 des Österreichischen Bundesinstitutes für Gesundheitswesen bei den befragten Jugendlichen schon einen Anteil von bis zu 20 Prozent an Konsumenten feststellte (Haas et al. 2003). Angesichts dieser Daten ist der Anteil derjenigen Missbraucher flüchtiger Substanzen, die Hilfe in Beratungs- und Behandlungsstätten suchen, verschwindend gering. Hier verweist die „Suchthilfestatistik 2002 für Deutschland“ der professionellen Suchtkrankenhilfe (Welsch 2003) auf den überdies nur kleinen Anteil von 0,2 Prozent, den die von flüchtigen Lösungsmitteln abhängigen Klienten im gesamten ambulanten Spektrum der Suchtbehandlung ausmachen. Völlig ungeklärt bleibt, wie hoch der Anteil an Lösungsmittelkonsumenten ist, die unerkannter Weise unter den Folgen wiederholter Intoxikation mit flüchtigen Substanzen leiden oder wegen dieser in Behandlung sind.

Die Repräsentativumfrage zielte darauf ab, epidemiologische Daten hinsichtlich des Drogenkonsumverhaltens von Adoleszenten zu gewinnen, wobei auf Grund der eklatanten Defizite in diesem Bereich insbesondere der Lösungsmittelmissbrauch erforscht werden sollte (Thomasius 1988). Auch wenn die erhobenen Befunde vor dem Hintergrund der oben beschriebenen Selektionseffekte (Psychiatrische Kliniken für Erwachsene und potentielle niedergelassene Behandler wurden nicht angeschrieben) zu sehen sind, wurde mit der Untersuchung auch angestrebt, Informationen über die Lebensumstände der Abhängigen, über die Hintergründe ihres Suchtverhaltens und über ihre wesentlichsten persönlichen Problemstellungen zu erhalten. Im Folgenden werden die einzelnen Untersuchungsbefunde in Anlehnung an die in dem Kapitel „Zielsetzungen und Fragestellungen der Untersuchung“ gebildeten Umfrageschwerpunkte diskutiert.

6.1. Übersicht über die Hauptbefunde

Der ausführlichen Diskussion wird hier eine Übersicht vorangestellt, in der die wesentlichen Hauptbefunde und Desiderata der Untersuchung zusammengefasst werden.

Hauptbefunde:

- 1988 betreuten 76 von 313 Einrichtungen in der Stichprobe Lösungsmittel missbrauchende Klienten (hochgerechnet für die BRD: 165 Drogenberatungsstellen, 102 Erziehungsberatungsstellen, 52 Sozialpsychiatrische Dienste und 38 Jugendpsychiatrische Kliniken)

- 1988 wurden 335 Lösungsmittelkonsumenten in den befragten Institutionen betreut (hochgerechnet für die BRD: insgesamt 1220, davon 600 in Drogenberatungsstellen, 250 in Erziehungsberatungsstellen, 250 in Sozialpsychiatrischen Diensten und 120 in Jugendpsychiatrischen Kliniken)
- gehäuft neuropsychologische Folgeerkrankungen
- 16% Monokonsum von Lösungsmitteln (insbesondere Klientel der Jugendpsychiatrischen Kliniken); Kombinationskonsum in absteigender Häufigkeit: Alkohol, Cannabis, Arzneimittel und Opiate (letztere insbesondere in Drogenberatungsstellen)
- Altersgipfel des Lösungsmittelmissbrauchs 15-17 Jahre (40%), 30% unter 15 Jahre alt, frühes Einsiegsalter)
- Geschlechterverteilung insgesamt bei Lösungsmittelmissbrauch 2:1 (m:w), in Drogenberatungsstellen 6:1, in Jugendpsychiatrischen Kliniken 1:1
- In der vorliegenden Untersuchung kein Nachweis einer Abhängigkeit von der sozialen Schicht, sondern von der familiären Situation („broken-home“, Suchttradition)
- Spezielle Problematik der Lösungsmittelkonsumenten vor allem Orientierungslosigkeit, depressive Verstimmung und Minderwertigkeitsgefühle (individuelle Probleme); Familienkonflikte, „broken home“, Drogenkonsum im Freundeskreis und familiäre Suchttradition (interaktionelle Probleme); psychosoziale Inkompetenz, abgebrochene Schul-/Berufsausbildung, mangelhafte sozioökonomische Bedingungen (soziale Probleme); auffällig des weiteren hohes Maß an Selbstdestruktivität, gehäuft soziale Isolation und Verwahrlosung
- Steigender Konsum in den 80er Jahren (1979-1983 steigend 47%, stagnierend 31%, sinkend 2% der Einrichtungen, 20% keine Daten; danach verlangsamte Zunahme an Konsumenten: 1984-1988 steigend 41%, stagnierend 44%, sinkend 4% der Einrichtungen, 11% keine Daten)

Desiderata:

- ein Follow-up in epidemiologischen Untersuchungen erforderlich, um die erhobenen Befunde zu verifizieren
- wenn auch der Lösungsmittelmissbrauch in der öffentlichen Diskussion wenig Bedeutung erfährt, sollte er in Fachkreisen weiter im Fokus bleiben (Aktualität, hohe anzunehmende Dunkelziffer, Einstiegsdroge, hohes Risikopotenzial mit Todesfolge)

- umfangreiches und gezieltes Weiterbildungsangebot in verschiedenen Einrichtungen gerade auch hinsichtlich der speziellen Problematik des Lösungsmittelmissbrauchs (86% der Einrichtungen betonen Informationsdefizit)
- Vernetzung der Einrichtungen
- Qualitätssicherung

6.2. Diskussion der Hauptbefunde

In der Stichprobe waren jeweils nur 20 Prozent der Drogenberatungsstellen, der Erziehungsberatungsstellen und der Sozialpsychiatrischen Dienste enthalten, während alle Jugendpsychiatrischen Kliniken auf Grund der kleinen Untersuchungsgruppe einbezogen wurden. Die Ergebnisse beziehen sich auf insgesamt 313 Einrichtungen, die sich an der Umfrage beteiligten, was bei einer Stichprobengröße von 415 Beratungsstellen einer Rücklaufquote von über 75 Prozent entsprach.

Da mit den Fragen 4 bis 14 die spezielle Problematik des Lösungsmittelmissbrauchs erforscht werden sollte, waren zu diesen Fragen nur jene Einrichtungen um Antwort gebeten worden, die in den Jahren zuvor Missbraucher volatiler Substanzen betreut hatten. Von den 313 Rückantwortern waren dies 76 Einrichtungen, wobei einige Institutionen einzelne Fragen auf Grund zu kleiner Fallzahlen oder zu geringen Einblicks in die Lebensumstände der Betroffenen nicht beantworten konnten.

Zunächst interessierte, welche der untersuchten Beratungsstellen mit Suchtmittelmissbrauch bei Ihren Klienten konfrontiert wurden und welche Drogenkonsummuster sie bei diesen Klienten beobachteten, wobei spezielles Augenmerk auf mögliche Zusammenhänge zwischen den Konsummustern der Klienten und den verschiedenen Institutionsuntergruppen gelegt wurde.

Die erste Frage der Repräsentativumfrage selektierte zwischen jenen Institutionen, die in den Jahren vor 1989 Klienten betreuten, die Lösungsmittel zum Zweck der Rauscherzeugung inhalierten und jenen, die nicht mit diesem Phänomen konfrontiert wurden. Der Forschungsstand ließ zu dieser Frage keine Hypothesenformulierung zu (Thomasius 1988). Unter den Rückantwortern hatte ein Viertel der Einrichtungen Lösungsmittelmissbraucher betreut. Zwischen den Institutionsgruppen bestehen signifikante Unterschiede, während jede zweite Jugendpsychiatrische Klinik und nahezu jede dritte Drogenberatungsstelle diese Suchtproblematik unter ihren Klienten kannte, wurde damit nur jeder sechste Sozialpsychiatrische Dienst und nur jede neunte Erziehungsberatungsstelle im Untersuchungszeitraum konfrontiert. Einschränkend muss

mit in Erwägung gezogen werden, dass unter den Jugendpsychiatrischen Kliniken auch wegen des größeren Einzugsgebietes der prozentuale Anteil an betroffenen Einrichtungen verhältnismäßig groß ist. Da davon auszugehen ist, dass bei Gesundheitsschäden vorrangig Jugendpsychiatrische Kliniken aufgesucht werden, erscheinen diese Befunde alarmierend und können als Indiz auf eine Häufung neuropsychologischer Gesundheitsschäden bei Lösungsmittelmissbrauch gedeutet werden (Chadwick u. Anderson 1989, Evans u. Raistrick 1987, Thomasius 1999). Insgesamt ergibt sich, dass in den Jahren vor 1989 innerhalb der damaligen Bundesrepublik Deutschland insgesamt 165 Drogenberatungsstellen, 102 Erziehungsberatungsstellen, 52 Sozialpsychiatrische Dienste und 38 Jugendpsychiatrische Kliniken Missbraucher lösungsmittelhaltiger Produkte betreuten. Dies entspricht 20 Prozent der Institutionen.

Die zweite und dritte Frage behandelten die Thematik, welche Suchtmittel überhaupt von den Klienten der verschiedenen Einrichtungen konsumiert wurden und welche drei Rauschmittel am häufigsten missbraucht wurden.

Überträgt man die Stichprobenergebnisse auf die Untersuchungsgruppe, so kann man davon ausgehen, dass im Untersuchungszeitraum in der Bundesrepublik Deutschland 86 Prozent der Einrichtungen mit Alkoholmissbrauch als häufigstem Suchtphänomen konfrontiert wurden. Während 79 Prozent der Institutionen mit häufigen Arzneimittelmisbrauch und 41 Prozent der Einrichtungen mit häufigen Cannabismisbrauch seitens ihres Klientels umgehen mussten, galt dies bei Opiatmissbrauch noch für 22 Prozent der Einrichtungen. Dahingegen hatten nur 5 Prozent der Beratungsstellen Klienten, die häufig Lösungsmittel konsumieren, während dies bei Kokain nur 4 Prozent der Einrichtungen waren. Schließlich ist davon auszugehen, dass die Klienten von 1 Prozent der Institutionen häufig Synthetische Drogen missbrauchten.

Eine Hypothesenformulierung zum Drogenkonsumverhalten der Klienten war bislang in Ermangelung entsprechender Daten über das Klientel von Erziehungsberatungsstellen, Sozialpsychiatrischen Diensten und Jugendpsychiatrischen Kliniken nur für die Drogenberatungsstellen möglich (Simon et al. 1990a, 1990 b; Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen 1991).

In der Zusammenschau aller Beratungsstellen ergab sich, dass die Klienten in absteigender Häufigkeit Alkohol, Arzneimittel, Cannabis, Opiate, Lösungsmittel, Kokain, Synthetische Drogen, Stechäpfel und halluzinogene Pilze missbrauchten.

Im Vergleich der Institutionsgruppen wurden die Drogenberatungsstellen von den Konsumenten der verschiedenen Suchtmittel am häufigsten aufgesucht. Es konnte

erwartungsgemäß festgestellt werden, dass von den Klienten der Drogenberatungsstellen am häufigsten Alkohol, Arzneimittel und Opiate konsumiert wurden (Simon et al. 1990a, 1990 b; Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren 1991). In Übereinstimmung hierzu konsumierten auch die Klienten der Erziehungsberatungsstellen, der Sozialpsychiatrischen Dienste und der Jugendpsychiatrischen Kliniken am häufigsten Alkohol und Arzneimittel, allerdings wurde von deren Klientel im Unterschied zu den Drogenberatungsstellen am dritthäufigsten Cannabis zum Zweck der Rauscherzeugung eingesetzt. Dies macht auch deutlich, dass Opiatabhängige überwiegend die Hilfe von Drogenberatungsstellen in Anspruch nahmen, was sich auch dadurch erklären dürfte, dass gerade diese Einrichtungen für die Betreuung auch schwer abhängiger Opiatkonsumenten ausgestattet sind.

Während sich für die meisten anderen Suchtmittel bei den verschiedenen Institutionsgruppen eine ähnliche Gewichtung hinsichtlich der Konsumhäufigkeit durch die Klienten ergab, stellte der Lösungsmittelmissbrauch die einzige bedeutsame Ausnahme dar. Wie bereits oben beschrieben wurde, wurden diese Drogenkonsumenten überdurchschnittlich häufig in Jugendpsychiatrischen Kliniken betreut. Während 26 Prozent der Jugendpsychiatrischen Kliniken Lösungsmittel zu den drei am häufigsten von ihren Klienten missbrauchten Stoffen zählten, waren dies nur 3 Prozent der Drogenberatungsstellen.

Um eine genauere Gewichtung der besonderen Problematik des Substanzmissbrauchs volatiler Stoffe innerhalb des Beratungsspektrums der verschiedenen Institutionen vornehmen zu können, interessierte in wieweit die unterschiedlichen Einrichtungen überhaupt mit Drogenproblemen konfrontiert wurden.

Mit der vierten Frage wurde deshalb für die jeweilige Einrichtung geklärt, wie groß der Anteil jener Klienten war, der wegen Drogenproblemen Hilfe suchte. Besonders interessant waren hierbei die Ergebnisse für die Erziehungsberatungsstellen, die Sozialpsychiatrischen Dienste und die Jugendpsychiatrischen Kliniken, weil für diese bis dahin keine Daten vorlagen.

Die Drogenberatungsstellen wurden entgegen unserer Erwartung nur von durchschnittlich 65 Prozent ihrer Klienten wegen einer Suchtproblematik aufgesucht. Unter den Klienten der Sozialpsychiatrischen Dienste stand für 18 Prozent eine Drogenproblematik im Vordergrund, während dies nur für 9 Prozent der Klienten von Erziehungsberatungsstellen und nur für 8 Prozent der Klienten von Jugendpsychiatrischen Kliniken der Grund für die Kontaktaufnahme war. Auch wenn der prozentuale Anteil am

Klientel zwischen den Institutionsgruppen sehr differiert, belegen diese Befunde eindrucksvoll, dass bei allen Einrichtungen für einen bedeutenden Anteil der Klienten eine Suchtproblematik im Vordergrund stand. Sie machen einerseits deutlich, wie wichtig die Weiterbildung der jeweiligen Behandler auf dem Gebiet der Suchtproblematiken ist, andererseits fordern sie die Forschung auf, die notwendigen Grundlagen zur Entwicklung von Therapiestrategien zu liefern.

Es war bisher völlig ungeklärt, wie viele Lösungsmittel missbrauchende Klienten jährlich in den unterschiedlichen Einrichtungen innerhalb der ehemaligen Bundesrepublik Deutschland betreut wurden. Die Umfrage ergab, dass von allen antwortenden Institutionen im Jahre 1988 zusammen 335 Lösungsmittelabhängige betreut wurden. Auf die BRD 1988 hochgerechnet lässt sich eine Zahl von 600 Missbrauchern flüchtiger Substanzen, die in Drogenberatungsstellen betreut wurden, schätzen. Ebenso lässt sich hochrechnen, dass 1988 bundesweit von allen Sozialpsychiatrischen Diensten und allen Erziehungsberatungsstellen jeweils schätzungsweise 250 Klienten mit dieser Suchtproblematik beraten wurden. Insgesamt wurden 1988 bundesweit schätzungsweise 1.200 Klienten, die Lösungsmittel zum Zweck der Rauscherzeugung inhalierten, von einer Behandlungseinrichtung betreut. Die Tatsache, dass ca. 10 Prozent der Betroffenen in Jugendpsychiatrischen Kliniken betreut wurden, macht noch einmal deutlich, wie häufig der Konsum volatiler Stoffe zu neuropsychologischen Gesundheitsschäden führt, die eine Behandlung in einer psychiatrischen Klinik notwendig machen (Chadwick u. Anderson 1989; Evans u. Raistrick 1987; Marjot u. McLeod 1988; Thomasius 1999).

Die sechste und siebte Frage hatten das Drogenkonsumverhalten der lösungsmittelabhängigen Klienten zum Thema. Entgegen der Erwartung spielen die Lösungsmittel nur für 47 Prozent des betroffenen Klientels die vorrangige Rolle in ihrem Drogenkonsumverhalten (Thomasius 1988; Zank 1988). Für 54 Prozent standen andere Suchtmittel, die mit Lösungsmittelmissbrauch kombiniert wurden, im Vordergrund. Wie erwartet wird in Kombination mit Inhalanzien in erster Linie Alkohol konsumiert, deutlich seltener Cannabis oder Arzneimittel (Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit 1983). Von Bedeutung ist des weiteren noch der kombinierte Missbrauch von Opiaten und Lösungsmitteln, der vor allem in Drogenberatungsstellen bekannt war. Hervorgehoben werden muss, dass 16 Prozent aller Einrichtungen angaben, dass ihre lösungsmittelabhängigen Klienten ausschließlich Inhalanzien konsumierten, insbesondere die Jugendpsychiatrischen Kliniken beobachteten bei ihrem Klientel einen alleinigen

Lösungsmittelkonsum. Anzunehmen ist, dass eben diese Mono-Konsumenten zur Aufrechterhaltung eines Rauschzustandes weit höhere Dosen an Lösungsmitteln zu sich nehmen, als jene politoxikomanen Lösungsmittelmissbraucher, die ihr Rauscherlebnis durch den gleichzeitigen Einsatz verschiedener Suchtmittel erzeugen. So führt der Mono-Konsum vermutlich häufiger zu Toleranzentwicklung mit einhergehender Dosissteigerung und entsprechend schnellerer Abhängigkeitsentwicklung mit fortgesetztem Missbrauch und hohen Gesamtdosen. Dies könnte erklären, warum gerade diese Süchtigen vorwiegend in Jugendpsychiatrischen Kliniken behandelt werden, nämlich wegen ihrer vermehrt oder besonders ausgeprägt auftretenden neuropsychologischen Folgeschäden. Da mit dieser Untersuchung keine Daten über die Dauer und Dosen des Lösungsmittelkonsums erhoben wurden, könnten diese Befunde aber auch dafür sprechen, dass volatile Substanzen konstitutionsabhängig bei einigen Konsumenten schnell zu weit reichenden Gesundheitsschäden führen, die eine fachärztliche Behandlung indizieren. Auch hier finden sich wichtige Anknüpfungspunkte für die weitere Forschung, sie muss klären, welche Konsumdauer und Konsummuster bei den Lösungsmittelmissbrauchenden vorliegen, um das Auftreten von Folgeschäden besser bewerten zu können.

Da die möglichen Folgeschäden sich auch in Abhängigkeit der jeweiligen Konstitution der Konsumenten unterschiedlich stark ausbilden, waren die Personenmerkmale wie Alters- und Geschlechtsverteilung von besonderem Interesse und werden folgend besprochen.

Die Hypothese, dass der Großteil der Klienten zwischen 15 und 17 Jahre alt ist, bestätigte sich (Altenkirch 1986, Thomasius 1988). Nach den Ergebnissen der Umfrage gehören 39 Prozent der Betroffenen dieser Altersgruppe an. Entgegen unserer Erwartung zeigte sich jedoch, dass mit 25 Prozent deutlich mehr Klienten 12 bis 14 Jahre alt waren, als mit 19 Prozent der Altersstufe der 18- bis 20-jährigen angehörten. Schließlich waren 13 Prozent des betroffenen Klientels älter als 20 Jahre und 5 Prozent sogar jünger als 12 Jahre. Diese Ergebnisse belegen das frühe Einstiegsalter und deuten darauf hin, dass die Lösungsmittel missbrauchenden Adoleszenten in immer jüngeren Jahren mit dem fortgesetztem Suchtmittelkonsum beginnen. Nicht auszuschließen ist, dass sich die Befunde auch dadurch erklären, dass der Lösungsmittelkonsum schneller als bei anderen Suchtstoffen nachhaltige Probleme mit sich bringt, so dass die Inanspruchnahme einer Beratungsstelle früher notwendig wird. Dies könnte in einer weiteren Untersuchung zum Missbrauch

volatiler Substanzen, die auch die individuell konsumierte Dosis und die Konsumdauer der Klienten mit erhebt, weiter erforscht werden.

Im Vergleich der Institutionsgruppen fiel des weiteren auf, dass die über 20-jährigen Konsumenten von Inhalanzen vor allem in Drogenberatungsstellen betreut wurden. Gleichzeitig bewerteten die Drogenberatungsstellen den Lösungsmittelmissbrauch bei den von ihnen betreuten Klienten seltener als das im Vordergrund stehende Suchtproblem. Daher ist anzunehmen, dass Langzeitabhängige, für die Lösungsmittel eine untergeordnete Rolle in ihrem politoxikomanen Drogenkonsummuster spielen, eher in Drogenberatungsstellen betreut werden. Es wäre jedoch ein Fehler hieraus abzuleiten, dass bei diesen Klienten Lösungsmittel eine unwesentliche Rolle spielen, da bereits in den achtziger Jahren in amerikanischen und europäischen Studien belegt wurde, dass für mehr als ein Drittel der Opiatabhängigen flüchtige Substanzen die Einstiegsdroge darstellen (Thomasius 1995). Diese Altersstufe der über 20-jährigen ist verständlicher Weise unter den Patienten von Jugendpsychiatrischen Kliniken nahezu nicht vertreten, da diese Patienten auf Grund ihres Alters in psychiatrischen Abteilungen für Erwachsene behandelt werden. Diese Studie klärt daher nicht, in welchem Umfang Langzeitkonsumenten oder andere über 20-jährige Missbraucher von Inhalanzen in psychiatrischen Einrichtungen auf Grund von neuropsychologischen Gesundheitsstörungen behandelt werden. Diese Verschiebung der Umfragebefunde zu Ungunsten der über 20-jährigen macht eine Einschätzung der Situation von Lösungsmittelabhängigen dieser Altersstufe nur bedingt möglich. Angesichts des bedeutsamen Anteils, den diese Altersstufe unter den Lösungsmittel missbrauchenden Klienten der Drogenberatungsstellen, der Erziehungsberatungsstellen und der Sozialpsychiatrischen Dienste ausmacht, ist zu wünschen, dass die zukünftige Forschung Erwachsene mit einbezieht, die wegen ihrer Suchtproblematik in Psychiatrischen Kliniken behandelt werden. So könnten auch wichtige epidemiologische Erkenntnisse über die Art und Häufigkeit der spezifischen Folgen von Langzeitkonsum flüchtiger Stoffe gewonnen werden. Ebenso sollten bei der zukünftigen Forschung die unter 12-jährigen einbezogen werden, da diese eine bedeutsame Konsumentengruppe zu sein scheinen und selektive Effekte möglichst vermieden werden sollten. Vor diesem Hintergrund erscheinen die in verschiedenen Untersuchungen an 12- bis 25-jährigen Adoleszenten erhobenen Befunde problematisch, da sie wesentliche Konsumentengruppen ausschließen und die erhobenen Prävalenzzahlen daher den realen Gebrauch nicht abbilden (Thomasius 1999, Schulze-Alexandru u. Kovar 2000). Sollte, wie in den USA berichtet, der Einstieg in den Schnüffelkonsum bereits ab dem sechstem

Lebensjahr erfolgen, wäre die Dunkelziffer beim tatsächlichen Konsum sogar noch weit größer als bisher vermutet (Elsner et al. 2003).

Die Geschlechterverteilung der Lösungsmittel missbrauchenden Klienten konstituierte sich erwartungsgemäß durchschnittlich mit 2:1 (männlich:weiblich). Es bestehen deutliche Unterschiede zwischen den Institutionsgruppen, die hier erörtert werden sollen. Mit einem Verhältnis von 6:1 (männlich:weiblich) betreuten die Drogenberatungsstellen deutlich mehr männliche Klienten, als die Erziehungsberatungsstellen und die Sozialpsychiatrischen Dienste mit einer Geschlechterverteilung von 2:1 und 3:1 (männlich:weiblich). Auffallend ist der überdurchschnittlich hohe Anteil weiblicher Klienten in Jugendpsychiatrischen Kliniken, wo sich die Geschlechterverteilung gegen 1:1 nähert. Da in den Jugendpsychiatrischen Kliniken selektiv nur die unter 20-jährigen Lösungsmittelmissbraucher behandelt werden, müssen weitere Untersuchungen klären, ob sich hierin die Tendenz zu einem sich weiter ausgleichenden Geschlechterverhältnis der Betroffenen zeigt. Darin könnte sich der allgemeine gesellschaftliche Trend zum veränderten Drogenkonsumverhalten im weiblichen Rollenverständnis niederschlagen, was die in verschiedenen Studien seit Anfang der 90er Jahre belegte Abnahme der Divergenz zwischen den Geschlechtern hinsichtlich Drogenerfahrungen bestätigen würde (Kraus u. Töppich 1998). Es wäre aber auch möglich, dass weibliche Konsumenten im Gegensatz zu männlichen Konsumenten ihren Substanzmissbrauch mit zunehmenden Alter schneller wieder aufgeben und daher gerade bei den Drogenberatungsstellen einen kleineren Anteil am Klientel ausmachen. Hierfür sprechen auch die Befunde der jüngsten Europäischen Schülerstudie (ESPAD) hinsichtlich der Lebenszeitfrequenz des Konsums von Schnüffelstoffen, die ergaben, dass der 1-5malige Konsum nur von 8 Prozent der Jungen gegenüber 9 Prozent der Mädchen betrieben wird, während der häufigere Konsum noch von 3 Prozent der männlichen und nur von 2 Prozent der weiblichen Schüler praktiziert wird (Kraus et al. 2003). Vor diesem Hintergrund könnten die erhobenen Befunde gerade ein Indiz dafür sein, dass weibliche Konsumenten häufiger und früher unter neuropsychologischen Gesundheitsschäden leiden, die eine Behandlung in Jugendpsychiatrischen Kliniken vermehrt notwendig machen. Letzteres könnte einerseits in einer unterschiedlichen geschlechtsspezifischen Empfindlichkeit gegenüber einer Intoxikation mit volatilen Substanzen oder aber auch in einem unterschiedlichen Drogenkonsumverhalten, wie z. B. häufigerem Mono-Konsum oder längerer Expositionsdauer unter den weiblichen Lösungsmittelmissbrauchern begründet liegen.

Zukünftig sollte die Forschung daher auch mögliche geschlechtsspezifische Unterschiede im Drogenkonsummusters im Fokus haben.

Da gesellschaftliche Einflüsse wie dargestellt einen Einfluss auf Alter und Geschlechterverteilung der betroffenen Klienten haben, wäre nahe liegend, dass auch soziodemographische Einflussfaktoren den Drogenkonsum mit bestimmen.

Die zehnte Frage sollte klären, ob Lösungsmittelmissbrauch vorrangig ein Problem sozial schwacher Schichten ist oder ob alle sozialen Schichten gleichermaßen betroffen sind. Der Forschungsstand ließ die Hypothese zu, dass der über mindestens zwölf Monate fortgesetzte Missbrauch sehr wohl ein Problem sozial schwacher Schichten ist (Anderson et al. 1985; Sachs u. Harten 1988). Diese Hypothese wurde dadurch untermauert, dass davon ausgegangen werden kann, dass die Mehrzahl der Klienten, die volatile Substanzen missbrauchen, erst dann bei einer der Einrichtungen vorstellig wird, wenn in Folge des fortgesetzten Drogenkonsums bereits gesundheitliche oder soziale Folgewirkungen aufgetreten sind (Thomasius 1988). Demnach wurde erwartet, dass viele dieser Langzeitkonsumenten bereits vor der Kontaktaufnahme mit einer Beratungs- oder Behandlungsstätte den sozialen Abstieg erfahren hatten.

Dahingegen erwarteten wir für den experimentellen Missbrauch über einen beschränkten Zeitraum eine soziale Schichtung, die unserer Gesellschaft entspricht (Thomasius 1988, Watson 1986).

Während 33 Einrichtungen den Lösungsmittelmissbrauch für ein spezifisches Problem sozial schwacher Schichten hielten, gaben 35 Institutionen an, dass sich dieses Phänomen über alle sozialen Schichten erstreckt. Insbesondere die Sozialpsychiatrischen Dienste betreuten vorrangig Klienten aus sozial schwachen Schichten. Bei den Drogenberatungsstellen und den Jugendpsychiatrischen Kliniken teilte jeweils eine knappe Mehrheit der Einrichtungen diese Meinung; wider Erwarten waren jedoch annähernd ebenso viele dieser Einrichtungen der Auffassung, dass alle sozialen Schichten betroffen sind. Unter den Erziehungsberatungsstellen sahen sogar 75 Prozent keinen Anhalt für eine soziale Schichtung des Lösungsmittel missbrauchenden Klientels. Zusammenfassend ist festzustellen, dass die betroffenen Klienten, wenn sie vorstellig werden, häufig sozial schwachen Schichten angehören, dass aber der Lösungsmittelmissbrauch zunächst grundsätzlich ein Phänomen ist, welches sich durch alle sozialen Schichten zieht. Eine weiterführende Einschätzung der Unterschiede zwischen den Institutionsgruppen erscheint deshalb schwierig, da nicht erfragt wurde wie sich das Gesamtklientel der jeweils antwortenden Beratungsstelle auf die verschiedenen

sozialen Schichten verteilt und so offen bleibt, ob sich nicht primär diese Verteilung in der jeweiligen Bewertung niederschlägt. Ein Indiz hierfür könnte auch sein, dass eben gerade die Sozialpsychiatrischen Dienste häufiger ein Klientel aus sozial schwachen Schichten bedienen, während gleichzeitig angenommen werden kann, dass gerade die Erziehungsberatungsstellen einen weit höheren Anteil an Klienten aus höheren sozialen Schichten haben. Auch hier sollte bei folgenden Repräsentativumfragen versucht werden, mehr Kriterien über die jeweilige Beratungsstelle abzubilden, um eine genauere Bewertung der Untersuchungsbefunde in dieser Frage möglich zu machen. Die jüngste Europäische Schülerstudie belegte, dass gerade der Konsum von Schnüffelstoffen weit häufiger von Hauptschülern als von Gymnasiasten betrieben wird, während sich bei anderen Suchtmitteln derart signifikante Unterschiede nicht abbilden (Kraus et al. 2003). Vor dem Hintergrund der neuesten PISA-Studie, die erneut eindrucksvoll belegte, dass Hauptschüler gerade aus sozial schwachen Schichten stammen, muss abschließend davon ausgegangen werden, dass der Lösungsmittelmissbrauch sehr wohl vermehrt in sozial schwachen Schichten verbreitet ist (Prenzel et al. 2004).

Vor diesem Hintergrund gewinnt gerade die Frage nach den häufigsten Zuweisungswegen eine besondere Bedeutung, da sie auch Hinweise hinsichtlich der sozialen Schichtung des Klientels der verschiedenen Institutionsgruppen enthält.

Erwartungsgemäß ergaben sich bei den Überweisungswegen deutliche Unterschiede zwischen den Institutionsgruppen. Die Klienten der Erziehungsberatungsstellen kamen vor allem über Erziehungsberechtigte und nur etwas seltener auf direktem Weg. Bedeutsame Überweisungswege stellten in dieser Institutionsgruppe auch noch Lehrer und Ausbilder sowie Schulpsychologische Dienste dar.

Die Drogenberatungsstellen wurden von ihren Inhalanzien missbrauchenden Klienten insbesondere auf direktem Weg aufgesucht. Häufig kamen die Klienten auch über Erziehungsberechtigte oder über Lehrer und Ausbilder in die Einrichtung. Etwas seltener durch die Vermittlung von Ärzten.

Die Sozialpsychiatrischen Dienste bekamen ihre Klienten vergleichsweise häufig durch Überweisung von Polizei und Gerichten sowie auf direktem Weg, deutlich seltener wurden sie von Ärzten überwiesen.

Die Klienten der Jugendpsychiatrischen Kliniken kamen in aller erster Linie durch Überweisung von Ärzten in die Behandlung. Häufig kamen sie aber auch auf Bestreben der Erziehungsberechtigten. Bemerkenswert ist bei den Jugendpsychiatrischen Kliniken die breite Fächerung der vorkommenden Überweisungswege durch Dritte, während nur

ein vergleichsweise geringer Anteil an Klienten den Kontakt selbst herstellte. Insbesondere weist die Tatsache, dass sowohl Drogenberatungsstellen wie auch Sozialpsychiatrische Dienste Klienten an Jugendpsychiatrische Kliniken überwiesen, darauf hin, dass immer wieder tief greifende neuropsychologische Gesundheitsschäden bei den Klienten auftreten, die eine Überweisung in eine Fachklinik notwendig machen. Offen bleibt an dieser Stelle ob der Lösungsmittelmissbrauch und seine Folgen oder eine mögliche Komorbidität die Überweisung in eine Jugendpsychiatrische Klinik notwendig machten.

In der Gesamtschau der Zuweisungswege spielten die Schulpsychologischen Dienste entgegen unserer Erwartung eine untergeordnete Rolle, während die Erziehungsberechtigten überraschender Weise am häufigsten den Kontakt zu einer der Einrichtungen bahnten, was als Anzeichen angesehen werden kann, dass die jugendlichen Lösungsmittelmissbraucher viel häufiger durch ihren Konsum im häuslichen Umfeld auffällig werden und seltener primär in der Schule. Dies könnte auch daran liegen, dass betroffene Schüler sich nach dem Konsum flüchtiger Stoffe dem Rauscherleben hingeben und sich bei fortgesetzten Missbrauch häufig durch Schulvermeidungsverhalten der Aufsicht durch den Lehrkörper entziehen.

Erwartungsgemäß wurden weit weniger Klienten über Polizei und Gerichte überwiesen, da im Gegensatz zu anderen Suchtmitteln, weder der Besitz noch die Beschaffung von volatilen Substanzen illegal ist, und zudem der Beschaffungspreis der zur Rauscherzeugung genutzten Stoffe vergleichbar niedrig ist, so dass diese Drogenkonsumenten seltener durch Beschaffungskriminalität polizeilich auffällig werden (Thomasius 1988).

Nachdem die Zuweisungswege Lösungsmittelmissbrauchender bereits auf spezifische Probleme dieser Klienten hindeuten, sollen diese jetzt im einzelnen, nach Problemfeldern gegliedert, weiter betrachtet werden.

Die 12. Frage hatte zum Thema welche individuellen, interaktionellen und sozialen Probleme aus der Sicht des Behandlers für Lösungsmittelmissbrauchende von besonderer Bedeutung sind. Alle in der Fragenstellung aufgelisteten Items sind in der Literatur vorbeschrieben, eine Gewichtung der verschiedenen Problematiken war bisher jedoch nicht möglich (Chadwick u. Anderson 1989; Evans u. Raistrick 1987; Ives 1991; Oetting et al. 1988; Thomasius 1988; Wiencke et al. 1990).

Die bedeutsamsten individuellen Probleme der Lösungsmittelabhängigen stellen Orientierungslosigkeit und depressive Verstimmungen dar. Depressionen werden vor

allem gehäuft bei den Klienten von Jugendpsychiatrischen Kliniken beobachtet. Weitere vermehrt auftretende individuelle Probleme sind in absteigender Reihenfolge Minderwertigkeitsgefühle, Ängste, Einsamkeit, Interesselosigkeit, vermindertes Leistungsvermögen, Aggressivität und Suizidneigung.

Unter den interaktionellen Problemen nahm die Situation innerhalb der Familie die führende Problemstellung ein. So zählten Familienkonflikte und „broken home“ mit Abstand zu den häufigsten Nennungen. Des weiteren geht der Lösungsmittelmissbrauch häufig mit Drogenkonsum im Freundeskreis und mit einer Suchttradition in der Familie einher. Seltener stehen bei den Betroffenen Heimkarriere oder Konflikte mit Lehrern, Ausbildern oder Vorgesetzten als interaktionelle Probleme im Vordergrund. Diese Befunde weisen darauf hin, dass die familiäre Situation, unter denen Adoleszente aufwachsen, eine prädisponierende Rolle für den späteren Drogenkonsum spielen und eine Häufung dieser Probleme unter den Lösungsmittel missbrauchenden Klienten zu beobachten ist. Eine genauere Gewichtung der interaktionellen Probleme in Ihrer Bedeutung für die Suchtentwicklung lässt sich nicht vornehmen, da keine Kontrollgruppe untersucht wurde. Die Forschung belegt jedoch, dass die genannten Problemfelder zu den Faktoren in der Kindheit gehören, die einen späteren Drogenkonsum eher wahrscheinlich machen (Küfner et al. 2000).

Psychosoziale Inkompetenz ist das häufigste soziale Problem, das bei Lösungsmittelmissbrauchenden beobachtet wird. Häufig sind abgebrochene Schul- oder Berufsausbildung und mangelhafte sozioökonomische Bedingungen vorzufinden, seltener Delinquenz, mangelhafte Ausbildungsbedingungen oder begrenztes Freizeitangebot.

Da sich die beschriebenen Problemkonstellationen eher im privaten Kontext niederschlagen oder dort zu Konflikten führen, wird die Häufung von Überweisungen der Betroffenen in eine Beratungsstelle durch Menschen aus ihrem persönlichen Umfeld besonders verständlich.

Betrachtet man vor dem Hintergrund der eben beschriebenen Befunde die Ergebnisse zu der Frage, ob und in wie weit sich Lösungsmittelmissbraucher von anderen Drogenkonsumenten unterscheiden, dann wird die spezielle Dramatik dieses Suchtphänomens noch weiter verdeutlicht. Die Hälfte der Einrichtungen (51 Prozent) vertraten den Standpunkt, dass Lösungsmittelabhängige sich von anderen Drogenkonsumenten unterscheiden.

Das Suchtverhalten der Missbraucher von Inhalanzien zeichnet sich erwartungsgemäß ganz besonders durch das frühe Einstiegsalter aus. Bei schneller Suchtentwicklung und

fehlendem Drogenbewusstsein kommt es leicht zum Kontrollverlust über das Suchtverhalten. Der fortgesetzte Konsum volatiler Substanzen führt nicht nur zu gesundheitlichen Langzeitschäden, sondern geht besonders häufig auch mit einer selbstdestruktiven Einstellung und depressiven Verstimmungen bis hin zu extremer Suizidneigung einher. Die Lösungsmittelmissbraucher neigen vermehrt zu sozialer Isolation und Verwahrlosung, sie sind besonders kontaktarm und inaktiv. Auffallend erschien einigen Beratungsstellen auch, dass dieses Phänomen insbesondere sozial schwache Schichten betrifft und dass das Denkvermögen der Abhängigen häufig sehr erniedrigt ist.

Durch diese Besonderheiten im spezifischen Problemprofil wird verständlich, dass gerade Lösungsmittelmissbraucher seltener durch aggressives oder kriminelles Verhalten auffällig werden und daher noch leichter als andere Drogenkonsumenten Gefahr laufen, durch die Raster des sozialen Auffangnetzes durchzufallen.

Wie bereits oben dargelegt, zeichnen sich Lösungsmittel durch die leichten Beschaffungsmöglichkeiten und die einfachen Methoden zur Rauscherzeugung aus. Dies führt zusätzlich dazu, dass Konsumenten volatiler Substanzen besonders häufig unerkannt bleiben. Auch nehmen sie weitaus seltener als andere Drogenkonsumenten aus eigenem Antrieb Kontakt zu einer Beratungsstelle auf, was die Bedeutung der spezifischen Probleme und die daraus erwachsende tragische Situation der Betroffenen weiter unterstreicht.

Angesichts dieser persönlichen Dramatik der Konsumenten volatiler Substanzen, ist der soziodemografische Entwicklungstrend von zentralem Interesse.

Die Entwicklung des Lösungsmittelmissbrauchs im Zeitraum von 1979 bis 1983 wurde erwartungsgemäß von der Mehrzahl, nämlich 32 Einrichtungen als gestiegen eingeschätzt, während 21 Institutionen den Entwicklungstrend für gleich bleibend hielten. Lediglich eine Beratungsstelle beobachtete eine rückläufige Anzahl an Inhalanzien missbrauchenden Klienten. Besonders in den Jugendpsychiatrischen Kliniken kam es im besagtem Zeitraum zu einer Zunahme dieser Klienten.

Andererseits hatten von allen antwortenden Institutionen, die in den Jahren vor 1988 Konsumenten volatiler Substanzen betreuten, sieben Einrichtungen in dem Zeitraum von 1979 bis 1983 keine dieser Klienten.

Für den Zeitraum von 1984 bis 1988 schätzten 30 Institutionen und damit der prozentual größte Anteil der Beratungsstellen die Entwicklung als gleich bleibend ein. Jedoch schätzten entgegen unserer Erwartung überraschend viele, nämlich 28 Einrichtungen den

Entwicklungstrend des Lösungsmittelmissbrauchs auch in diesem Zeitraum als weiterhin ansteigend ein. Nur drei Institutionen beobachteten in dieser Zeit einen rückläufigen Trend unter ihrem Klientel.

Diese Befunde belegen, dass es in den achtziger Jahren zu einem deutlichen Anstieg des Lösungsmittelmissbrauchs gekommen ist. Auch wenn Untersuchungen in den 90er Jahren überwiegend für eine stagnierende Lebenszeitprävalenz des Lösungsmittelkonsums sprechen und in der jüngsten Vergangenheit im Gegensatz zu anderen Suchtmitteln kein weiterer Anstieg des Konsums von Schnüffelstoffen verzeichnet werden konnte, sind Inhalanzien auch heute noch nach Alkohol und Cannabis die am dritthäufigsten von Adoleszenten konsumierten Rauschmittel (EBDD 2001, 2003; Kraus et al. 2003; Schmid et al. 2003).

Neueste Daten aus dem Jahr 2004 zeigen in den USA, England, Wales und weiteren, teils osteuropäischen Ländern einen erneuten oder weiteren Anstieg des Lösungsmittelmissbrauchs unter Schülern sowie gehäufte Todesfälle (Johnston et al. 2004a, 2004b, 2005, Field-Smith et al. 2001, Re-Solv 2002), so dass (auch in Deutschland) keineswegs von einer selbst limitierten Phase bzw. Entschärfung dieses Suchtphänomens ausgegangen werden kann.

Vor diesem soziodemographischen Entwicklungstrend und der dargelegten Häufigkeit, mit der die verschiedenen Institutionen mit Lösungsmittel missbrauchenden Klienten konfrontiert wurden, ist die Frage, ob das verfügbare Informationsmaterial zu diesem Suchtphänomen ausreichend ist, besonders bedeutsam.

Erwartungsgemäß wurde bei der Frage 15 klar ersichtlich, wie unzureichend das verfügbare Informationsmaterial ist. Insgesamt 86 Prozent der Einrichtungen hielten das vorhandene Material für nicht ausreichend, wobei es keine wesentlichen Abweichungen diesbezüglich zwischen den verschiedenen Untersuchungsgruppen gab. Es ist also dringend notwendig umfassende Informationen über den Missbrauch flüchtiger Substanzen zum Zweck der Rauscherzeugung und über die weit reichenden psychischen und physischen Folgeschäden dieses Drogenkonsums zur Verfügung zu stellen. Beispielhaft ist in diesem Zusammenhang die von der Krisenhilfe e.V. Bochum im Jahr 2003 herausgegebene Broschüre „Schnüffelstoffe“ zu nennen, die einen umfassenden Überblick über dieses Suchtphänomen gibt (Elsner et al. 2003).

An dieser Stelle soll die Betrachtung einzelner Umfragebefunde vor dem Hintergrund der Bevölkerungsdichte helfen, die Problematik des Lösungsmittelmissbrauchs noch genauer zu greifen.

Wie erwartet ergab sich hierbei, dass 28 Prozent der Einrichtungen in Großstädten mit diesem Suchtphänomen konfrontiert wurden, während dies in Kleinstädten lediglich 21 Prozent der Institutionen waren. Mit der Bevölkerungsdichte stieg auch der Anteil an Lösungsmittel missbrauchenden Klienten, für die volatile Stoffe die vorrangige Rolle im Drogenkonsummuster spielten. Während 57 Prozent der betroffenen Klienten von Beratungsstellen in Großstädten vorrangig flüchtige Stoffe konsumierten, spielten diese Suchtmittel nur bei 38 Prozent der betroffenen Klienten von Beratungsstellen in Kleinstädten die vorrangige Rolle im Drogenkonsumverhalten.

Entgegen unserer Erwartung ergaben sich hinsichtlich der Geschlechterverteilung keine Unterschiede zwischen Klein- und Großstädten. Unabhängig von der Bevölkerungsdichte entspricht es durchschnittlich einem Verhältnis männlich:weiblich von 2:1, was auch aufzeigt, dass das Geschlechterverhältnis weniger schicht- als vielmehr altersabhängig ist wie bereits oben dargelegt wurde.

Erwartungsgemäß waren 55 Prozent der Beratungsstellen in Großstädten der Auffassung, dass Lösungsmittelmissbrauch vor allem ein Problem sozial schwacher Schichten ist, während nur 42 Prozent der Einrichtungen in Kleinstädten dies bestätigen konnten. Diese Befunde machen deutlich, dass gerade in bevölkerungsdichten Ballungszentren die Lösungsmittelmissbrauchenden häufiger aus sozial schwachen Schichten kommen. Dies kann ein Ausdruck davon sein, dass sozial schwache Schichten in Großstädten im Vergleich zu Kleinstädten stärker repräsentiert sind und gerade hier auch Randgruppen wie z. B. die Straßenkinder oder obdachlose Adoleszente gehäuft vorkommen. Dies weist eindeutig regionale Unterschiede nach, die zukünftig bei der Bedarfs- und Allokationsplanung berücksichtigt werden müssen, um zu möglichst effektiven Hilfsangeboten für Klienten mit substanzbezogenen Störungen zu gelangen. Hier ist eine enge Zusammenarbeit von Politik, Forschung und Behandlungseinrichtungen erforderlich um mittels neuer Konzepte eine Verbesserung des Behandlungsangebots für Drogenkonsumenten zu erreichen (Bundesministerium für Gesundheit 2002). Wie mittels neuer Forschungsstrategien die Grundlagen für klienten- und störungsbezogene Zuordnungsmodelle für therapeutische Interventionen geschaffen werden können und so die Verbesserung des individuellen Behandlungserfolgs angestrebt werden kann, wurde beispielhaft in verschiedenen Projekten des ASAT-Verbundes (Allocating Substance

Abuse Treatments to Patient Heterogeneity) aufgezeigt (Perkonning et al. 2004a, 2004b; Wittchen u. Perkonning 2002, 2004).

6.3. Limitationen

Bei der Repräsentativumfrage wurden jene Drogenkonsumenten der damaligen historischen Situation entsprechend nicht mit einbezogen, die in anderen Institutionen wie z. B. Psychiatrischen Kliniken für Erwachsene oder auch bei niedergelassenen Psychiatern und Psychotherapeuten in Behandlung waren. Darüber hinaus handelt es sich bei den erhobenen Befunden um „Schätzdaten“ der Mitarbeiter aus den befragten Einrichtungen; diese sind naturgemäß ungenau und abhängig von der Qualifikation des jeweils Antwortenden. Zusätzlich ist von einem weiteren Selektionsbias auszugehen, da die Erziehungsberatungsstellen in den vorliegenden Ergebnissen aufgrund der größeren Teilstichprobe das größte Gewicht tragen. Außerdem stellt sich die Frage, ob die dort beschäftigten Berater hinsichtlich der Qualität der rückgesandten Daten qualifizierter sind als diejenigen aus Kinder- und Jugendpsychiatrischen Kliniken. Schließlich bleibt die Frage nach der Transferierbarkeit der damals erhobenen Daten auf die heutige Situation unbeantwortet, welche sich nur durch Follow-up-Untersuchungen beantworten ließe.

6.4. Ertrag und Aussicht

Die Ergebnisse dieser Repräsentativumfrage belegen für den Untersuchungszeitraum, dass nicht nur Drogenberatungsstellen, sondern häufig auch Erziehungsberatungsstellen, Sozialpsychiatrische Dienste und Jugendpsychiatrische Kliniken mit Klienten konfrontiert werden für die der Lösungsmittelkonsum das im Vordergrund stehende Problem darstellt, weswegen es unerlässlich ist, diese Institutionen in zukünftige Untersuchungen einzubinden. Es wurde deutlich, dass nach Alkohol, Arzneimitteln, Cannabis und Opiaten, Lösungsmittel zu den am häufigsten missbrauchten Suchtstoffen im ambulanten Behandlungsspektrum zählen und in den achtziger Jahren aus der Sicht von Suchthilfeeinrichtungen ein deutlicher Anstieg dieses Suchtphänomens zu verzeichnen war. Überdurchschnittlich häufig wurden gerade die Inhalanzen missbrauchenden Adoleszenten in Jugendpsychiatrischen Kliniken behandelt, was unterstreicht, dass der Konsum häufig mit weit reichenden Folgeschäden einhergeht, die eine fachärztliche Behandlung notwendig machen. Gerade die Klienten, die einen alleinigen Lösungsmittelkonsum betreiben, wurden vermehrt in Jugendpsychiatrischen Kliniken behandelt. Gleichzeitig beobachteten die Jugendpsychiatrischen Kliniken bei ihren Inhalanzen missbrauchenden Klienten ein ausgeglichenes Geschlechterverhältnis,

während alle anderen Einrichtungen ein deutliches Überwiegen von männlichen Konsumenten beschrieben. Die meisten Lösungsmittel missbrauchenden Klienten, die eine der verschiedenen Beratungsstellen aufsuchten, zeichnen sich durch ein politoxikomanes Drogenkonsummuster aus, wobei Alkohol, Cannabis und Arzneimittel am häufigsten mit Lösungsmitteln kombiniert wurden. Vor allem in Drogenberatungsstellen wurden auch Opiate missbrauchende Politoxikomane betreut, die Lösungsmittel in ihrem Konsummuster aufweisen. Bei einer Lebenszeitprävalenz von über 10 Prozent für Lösungsmittelmissbrauch suchte bundesweit 1988 mit ca. 1200 Klienten nur ein kleiner Anteil der betroffenen Adoleszenten eine Suchthilfeeinrichtung auf, was unterstreicht, dass sowohl der experimentelle Konsum wie auch der fortgesetzte Konsum, der noch von ca. 1 Prozent der Jugendlichen betrieben wird, meist unentdeckt bleibt. Die Lösungsmittelkonsumenten wenden sich erst dann an eine Beratungsstelle, wenn sie unter den psychischen oder physischen Folgeschäden des Konsums leiden oder in ihrem Umfeld auffällig geworden sind, was überwiegend im Alter zwischen 15 und 17 Jahren der Fall ist. Dies unterstreicht das im Vergleich zu anderen Suchtstoffen sehr junge Einstiegsalter, das häufig schon vor dem 12. Lebensjahr liegt. Grundsätzlich ist der Lösungsmittelmissbrauch ein Phänomen, das sich durch alle sozialen Schichten zieht, jedoch ist insbesondere der habituelle Konsum vornehmlich ein Problem sozial schwacher Schichten, was sich durch die niedrigen Beschaffungskosten erklären dürfte. Insbesondere in Ballungszentren, in denen gesellschaftliche Randgruppen stärker vertreten sind, wird der Lösungsmittelkonsum als ein vermehrt in sozial schwachen Schichten verbreitetes Problem gesehen. Wenn Lösungsmittel missbrauchende Adoleszente eine der Suchthilfeeinrichtungen aufsuchen, zeichnen sie sich durch gehäufte individuelle, interaktionelle und soziale Probleme aus. Unter den individuellen Problemen sind dies vor allem Orientierungslosigkeit, depressive Verstimmungen und Selbstwertkonflikte wie auch Ängste, Interesselosigkeit, vermindertes Leistungsvermögen, vermehrte Aggressivität und eine deutliche Suizidneigung. Prädisponierende Faktoren für den Konsum scheinen gehäuft auftretende Familienkonflikte oder eine „broken home“ Situation zu sein, häufig finden sich eine Suchttradition in der Familie oder Drogenkonsum im Freundeskreis. Bei den betroffenen Klienten lassen sich vermehrt psychosoziale Inkompetenz, eine abgebrochene Schul- oder Berufsausbildung und mangelhafte sozioökonomische Bedingungen nachweisen. Des Weiteren sind es vor allem die weit reichenden Gesundheitsschäden bis hin zu zahlreichen Todesfällen, die die besondere Dramatik dieses Suchtphänomens kennzeichnen. Alarmierend ist daher die Tatsache, dass die aktuelle Forschung auf dem Gebiet des

Drogenkonsumverhaltens von Adoleszenten den Lösungsmittelkonsum häufig nur am Rande mit betrachtet, obwohl diese Substanzen auch heute noch zu den nach Alkohol und Cannabis am häufigsten konsumierten Rauschmitteln unter Jugendlichen zählen. Es ist zu fordern, dass die zukünftige Forschung sich dieses Problems wieder vermehrt annimmt und sich bemüht, auf dem Boden regionaler Bedarfs- und Allokationsforschung effektive Strategien zur Eindämmung dieses Suchtphänomens und gezielte Therapiestrategien zur Behandlung der Betroffenen zu erarbeiten. Von entscheidender Bedeutung wird hierbei sein, ob eine Zusammenarbeit von Forschung, Behandlungseinrichtungen, Politik und Wirtschaft gelingt.

7. Zusammenfassung

Fragestellung: In den letzten 25 Jahren ist weltweit ein stark ansteigender Trend für den Konsum volatiler Substanzen bei Adoleszenten zu verzeichnen. Aufgrund der gesundheitlichen, insbesondere neuropsychologischen Folgeschäden muss der Konsum volatiler Substanzen stets als ein riskanter Konsum eingeschränkt werden. Gegenstand der vorliegenden Arbeit war die Erhebung von Merkmalen substanzkonsumierender Adoleszenter, die in Beratungsstellen um Betreuung nachfragten, mit dem Schwerpunkt auf Inhalanzienmissbrauch. Mittels einer Repräsentativumfrage im Bundesgebiet von 1988/89 sollten Konsumentenmerkmale, ihr Anteil an der gesamten in Beratungsstellen betreuten Population und Qualifikationsmerkmale der betreuenden Einrichtungen erhoben werden.

Methoden: Die repräsentative Studie war so angelegt, dass sowohl qualitative als auch quantitative Daten über Drogenkonsumenten, die eine Beratungsstelle aufgesucht hatten, gewonnen werden konnten. In die Untersuchungsgruppe wurde eine Auswahl von Beratungsstellen aus vier unterschiedlichen Institutionsgruppen aufgenommen. Die Daten wurden mittels Chi-Quadrat (χ^2)-Test ausgewertet; sofern der Chi-Quadrat-Test wegen zu geringer Häufigkeiten nicht anwendbar war, wurden die Daten qua inspectionem beschrieben.

Ergebnisse: Die tatsächliche Stichprobengröße umfasste 313 Einrichtungen bei einer Rücklaufquote von 75% (angeschriebene Einrichtungen 415). 1988 betreuten 24% der Einrichtungen Lösungsmittel missbrauchende Klienten. Gehäuft traten neuropsychologische Folgeerkrankungen auf. Der Altersgipfel des Lösungsmittelmissbrauchs lag bei 15-17 Jahren (40%) bei frühem Einstiegsalter (30% der Klienten waren unter 15 Jahren alt). Die Geschlechterverteilung bei Lösungsmittelmissbrauch lag insgesamt bei 2:1 (m:w), in Drogenberatungsstellen bei 6:1 und in Jugendpsychiatrischen Kliniken bei 1:1. 10% von 1220 Lösungsmittel missbrauchenden Klienten wurden in Jugendpsychiatrischen Kliniken betreut. In der vorliegenden Untersuchung zeigte sich eine Verbindung zur familiären Situation („broken-home“, Suchttradition), welche sich in allen sozialen Schichten findet. Es kristallisierten sich spezielle individuelle, interaktionelle und soziale Probleme dieser Drogenkonsumenten heraus. In den 80er Jahren zeigte sich bei 41 bis 47 Prozent der Einrichtungen ein Anstieg dieses Suchtphänomens.

Limitationen: Es handelt es sich bei den erhobenen Befunden um „Schätzdaten“, welche naturgemäß ungenau und abhängig von der Qualifikation des jeweils Antwortenden sind. Von einem Selektionsbias ist auszugehen, da die Erziehungsberatungsstellen in den

vorliegenden Ergebnissen auf Grund des größeren Kollektivs das größte Gewicht tragen. Die Abhängigkeit der Angaben von der Qualifikation der jeweiligen Antwortenden wurde nicht erfasst. Follow-up-Untersuchungen müssen die Transferierbarkeit der erhobenen Daten auf die heutige Situation verifizieren.

Schlussfolgerungen: Der Mangel an Beachtung, welche dem Konsum von Lösungsmitteln geschenkt wird, ist bereits in den 1980er Jahren als alarmierend einzuschätzen. Diese Sicht wird dramatisiert durch ein frühes Einstiegsalter und die hohe Prävalenz von neuropsychologischen und organischen Folgeerkrankungen sowie gehäuften Todesfällen. Während in Deutschland der aktuelle Trend in Hinsicht auf den Lösungsmittelmissbrauch zwar rückläufig ist, zeichnet sich in anderen europäischen Ländern und den USA ein erneuter Anstieg ab. Vor diesem Hintergrund sind tiefer gehende Studien, qualifizierte Weiterbildung und Vernetzung von Einrichtungen zur Betreuung und Therapie von Lösungsmittelkonsumenten sowie Qualitätssicherung dringend erforderlich.

8. Literaturverzeichnis

Ahrens H., Altenkirch H. (1986): Schnüffelstoffe. Probleme und Risiken beim Missbrauch lösemittelhaltiger Industrieprodukte. Neuland: Geesthacht

Altenkirch H. (1981): „Schnüffelsucht“, Lösungsmittelmissbrauch und Lösungsmittelabhängigkeit bei Kindern und Jugendlichen. Deutsches Ärzteblatt 43, 2025-2030

Altenkirch H. (1982): Schnüffelsucht und Schnüfflerneuropathie. Sozialdaten, Praktiken, klinische und neurologische Komplikationen sowie experimentelle Befunde des Lösungsmittelmissbrauchs. Springer: Berlin, Heidelberg, New York

Altenkirch H. (1989): Die neue Sucht: Schnüffeln. Suchtreport 3, 2-11

Anderson H.R., Macnair R.S., Ramsey J.D. (1986) Recent trends in mortality associated with abuse of volatile substances in the UK. British Medicine Journal 293, 1472-1473

Bayrisches Staatsministerium des Innern (Hrsg.) (1984): Jugend fragt Jugend. Repräsentativerhebung bei Jugendlichen in Bayern 1973, 1976, 1980, 1984. Berichtsband

Bayrisches Staatsministerium des Innern (Hrsg.) (1987): Suchtbekämpfung in Bayern. Berichtsband

Bortz J. (1989): Forschungsmethoden und Evaluation. Springer: Heidelberg

Bühringer G. (1991): Forschungsbedarf im Bereich der Drogenabhängigkeit. Sucht 1, 42-49

Bühringer G., Kröger C., Kufner H., Lieb R., Schütz C., Soyka M., Wittchen H.U. (2002): Suchtforschungsverbund ASAT: Entwicklung von Zuordnungsmodellen für Interventionen bei Substanzstörungen. Sucht 48, 200-208

Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit (1983): Repräsentativ-Befragung „Konsum und Missbrauch von Alkohol, illegalen Drogen, Medikamenten und Tabakwaren durch junge Menschen“. Berichtsband: Bonn

Bundesministerium für Gesundheit (2002): Vorbeugen. Verhindern. Helfen. Neue Konzepte der Drogen- und Suchtpolitik. Berichtsband: Bonn

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (1998): Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 1997, Berichtsband: Köln

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2001): Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2001, Berichtsband: Köln

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2004): Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2004, Berichtsband: Köln

Byrne A., Kirby B. (1989): Solvent abuse psychosis. *British J. of Psychiatry* 155, 132

Chadwick O.F., Anderson H.R. (1989): Neurological consequences of volatile substance abuse: a review. *Hum Toxicol* 8, 307-312

Carlini-Cotrim B., Carlini E.A. (1988): The use of solvents and other drugs among children and adolescents from a low socioeconomic background: A study of Sao Paulo, Brazil *Int J Addict* 23, 1145-1156

Clarac P., Rosales L. (1975) Investigacion social sobre el adolescente farmacodependiente en el Distrito Federal y zonas colindantes. *Cuadernos Cientificos CEMEF* 5, 135-186

Deutsches Jugendinstitut (1994): Stellungnahme des Deutschen Jugendinstituts München zum Thema Straßenkinder. *Sozialmagazin* 5, 48-50

Der Spiegel (1991): Schusterleim – die Droge der Straßenkinder von Sao Paulo. *Der Spiegel* Nr. 7 1991, 101-104

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (ehemals: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren) (1991): *Jahrbuch Sucht 1992*. DHS. Neuland: Geesthacht

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (1996): Jahrbuch Sucht 1996. DHS.
Neuland: Geesthacht

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (1997): Jahrbuch Sucht 1998. DHS.
Neuland: Geesthacht

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (1998): Jahrbuch Sucht 1999. DHS.
Neuland: Geesthacht

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (2001): Jahrbuch Sucht 2002. DHS.
Neuland: Geesthacht

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (2003): Jahrbuch Sucht 2004. DHS.
Neuland: Geesthacht

Dilling H., Mombour W., Schmidt M.H. (2000): Internationale Klassifikation psychischer
Störungen, ICD 10 Kapitel V(F), Klinisch-diagnostische Leitlinien. Huber: Göttingen

Dücker U.v. (1992): Kinder der Straße. Fischer: Frankfurt/Main

Dyason D. (1994): Letters to the editor. Re-Solv Newsletter 35. Re-Solv: Staffordshire

Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) (2001): Stand der
Drogenproblematik in der Europäischen Union, Jahresbericht 2001. Amt für amtliche
Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften: Luxemburg

Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) (2003): Stand der
Drogenproblematik in der Europäischen Union und in Norwegen, Jahresbericht 2003.
Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften: Luxemburg

Elsner H., Hendriks M., Sodenkamp E. (2003): Schnüffelstoffe, Eine Information für
Bezugspersonen von Kindern und Jugendlichen. Broschüre der Fachstelle für
Suchtvorbeugung der Krisenhilfe e.V. Bochum: Bochum

Evans Ac., Raistrick D. (1987): Patterns of use and related harm with toluene-based adhesives and butane gas. *Br J Psychiatry* 150, 773-776

Falbe J., Regitz M. (1993): *Römpp-Lexikon*. Thieme: Stuttgart

Field-Smith M.E., Taylor J.C., Norman C.L., Bland J.M., Ramsey J.D., Anderson H.R. (2001): Trends in Death Associated With Abuse of Volatile Substances 1971-1999.. St. George`s Hospital Medical School, Department of Public Health Sciences, London, Report N° 14

Haas S., Busch M., Horvarth I., Weigl M. (2003): Bericht zur Drogensituation 2003 in Österreich. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen: Wien

Harms V. (1988): *Biomathematik, Statistik und Dokumentation*. Harms: Kiel

Hurrelmann K. (1987): Probleme mit dem Erwachsenwerden. Jugendliche zwischen materiellem Überfluss und psychosozialer Belastung. Vortrag: DFG Veranstaltung, Universität Bielefeld am 3.6.1987. Manuskript

Ives R. (1991): Long term misuse of solvents. Fact Sheet 1, Re-Solv: Staffordshire

Joffre N. (2001): Ein Bericht über die Straßenkinder in Guatemala City. UN-Volunteers publication, New York

Johnston L.D., Bachman J.G., O`Malley P.M. (1988): Illicit drug use, smoking, and drinking by America`s high school students, college students and young adults, 1975-1987. National Institute on Drug Abuse, Rockville, MD.

Johnston L.D., O`Malley P.M., Bachman, J.G., Schulenberg J.E. (2004a). Monitoring the Future national results on adolescent drug use: Overview of key findings, 2003 (NIH Publication No. 04-5506). Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse, 59 pp.

Johnston L.D., O'Malley P.M., Bachman J.G., Schulenberg J.E. (2004b). Monitoring the Future national survey results on drug use, 1975-2003. Volume I: Secondary school students (NIH Publication No. 04-5507). Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse, 545 pp

Johnston L.D., O'Malley P.M., Bachman J.G., Schulenberg J.E. (2004c). Monitoring the Future national survey results on drug use, 1975-2003. Volume II: College students and adults ages 19-45 (NIH Publication No. 04-5508). Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse, 267 pp.

Johnston, L. D., O'Malley, P. M., Bachman, J. G., & Schulenberg, J. E. (2005). Monitoring the Future national results on adolescent drug use: Overview of key findings, 2004 (NIH Publication No. 05-5726). Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse, 66 pp.

Jones R.M., Hartmann B.R. (1988): Ego identity: Developmental differences and experimental substance abuse among adolescents. *J Adolesc* 11, 347-360

Jordan E. (1994): Thesen zum Thema „Straßenkinder“. *Sozialmagazin* 5, 50-52

Keup W. (1982): Das Schnüffler-Problem in der BRD und in West Berlin. *Deutsche Hauptstelle gegen Suchtgefahren-Informationsdienst* 3/4,1-22

Keup W. (1986): Zahlen zur Gefährdung durch Drogen und Medikamente. *Jahrbuch zur Frage der Suchtgefahren 1986*. Deutsche Hauptstelle gegen Suchtgefahren (Hrsg.). Neuland: Geesthacht

Kraus L., Augustin R. (2001): Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2000. *Sucht* 47 (Sonderheft 1)

Kraus L., Bauernfeind R., Bühringer G. (1998): Epidemiologie des Drogenkonsums: Ergebnisse aus Bevölkerungssurveys 1990 bis 1996. *Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 107*. Nomos Verlagsgesellschaft: Baden-Baden

Kraus L., Heppekausen K., Orth B., Barrera A. (2003): Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD): Befragung von Schülerinnen und Schülern der 9. und 10. Klasse in Bayern, Berlin, Brandenburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen. IFT-Berichte Bd. 141. Institut für Therapieforschung: München

Kraus L., Töppich J. (1998): Konsumtrends illegaler Drogen bei Jugendlichen und Erwachsenen. In Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.). Jahrbuch Sucht 1999, 129-153, Neuland: Geesthacht

Küfner H. (2000): Strategien der Indikation im Suchtbereich und empirische Ergebnisse. Fachverband. Fachverband Sucht e.V., Hrsg.: Indikationsstellung und Therapieplanung bei Suchterkrankungen. Neuland, Geesthacht

Küfner H., Duwe A., Schumann J., Bühringer G. (2000): Prädiktion des Drogenkonsums und der Suchtentwicklung durch Faktoren in der Kindheit. Sucht 46, 32-53

Lieb R., Schuster P., Pfister H., Fuetsch M., Höfler M., Isensee B., et al. (2000a): Epidemiologie des Konsums, Missbrauch und Abhängigkeit von legalen und illegalen Drogen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen: Die prospektiv-longitudinale Verlaufstudie EDSP (The Early Developmental Stages of Psychopathology study). Sucht 46, 18-31

Lieb R., Isensee B., Sydow K.v., Wittchen H.U. (2000b): The Early Developmental Stages of Psychopathology study (EDSP): A methodological update. Eur Addict Res 6, 170-182

Lindenmeyer J. (2001): Lieber schlau als blau. Beltz: Weinheim

Marjot R., McLeod AA. (1988): Chronic non-neurological toxicity from volatile substance abuse. Hum Toxicol 8, 301-306

Medina-Mora E., Ortiz A., Caudillo C., Lopez S. (1982): Inhalacion deliberada de disolventes en un grupo de memores mexicanos. Salud Mental 5, 77-86

Medina-Mora E., Ortiz A. (1988): Epidemiology of solvent/inhalant abuse in Mexico. NIDA Res Monogr 85, 140-171

Meyers Grosses Taschenlexikon (1981): Bd. 5. Mannheim, Wien, Zürich, 216

Ministerium für Arbeit, Gesundheit, Familie und Sozialordnung Baden-Württemberg (1989): Junge Menschen und Sucht. Eine Repräsentativerhebung – Infratest Gesundheitsforschung. Berichtband

Michel M. (2002): “Schnüffeln” – Inhalieren mit Folgen. Info Service Ausgabe 4 des LWB, 17

Morton, HG. (1987): Occurrence and treatment of solvent abuse in children and adolescents. *Pharmac Ther* 33, 449-469

NIPC, National Inhalant Prevention Coalition [10.10.2004]. <http://www.inhalants.org> (Austin/Texas/USA)

Oetting, ER., Edwards, RW., Beauvais, F. (1988): Social and psychological factors underlying inhalant abuse. *NIDA Res Monogr* 85, 172-203

Perkonigg A., Wittchen H.U. (2002): Interview zur Bedarfsevaluation von Einrichtungen für Störungen durch Gebrauch psychotroper Substanzen. Max-Planck-Institut für Psychiatrie. ASAT, Eigendruck: München

Perkonigg A., Pfister H., Lieb R., Bühringer G., Wittchen H.U. (2004a): Problematischer Konsum illegaler Substanzen, Hilfesuchverhalten und Versorgungskapazität in einer Region. *Suchtmed* 6(1), 22-31

Perkonigg A., Wittchen H.U., Zimmermann P., Nocon A., Settele A., Spiegel B., Bühringer G., Lieb R. (2004b): Grundlagen und Forschungsstrategien regionaler Bedarfs- und Allokationsforschung am Beispiel des ASAT-F1-Projektes, *Suchtmed* 6, 14-21: Landsberg

Prenzel M., Baumert J., Blum W., Lehmann R., Leutner D., Neubrand M., Pekrun R., Rolf H.-G., Rost J., Schiefele U. (2004): PISA 2003. Der Bildungsstand der Jugendlichen in Deutschland – Ergebnisse des zweiten internationalen Vergleichs. Münster: Waxmann

Projektgruppe TUDrop (1984): Heroinabhängigkeit unbetreuter Jugendlicher.

Beltz: Weinheim

Re-Solv (1990): Re-Solv Newsletter 12. Re-Solv: Staffordshire

Re-Solv (2002): A European Perspective – A summary of information about Volatile Substance Abuse within the ESPAD reports. Re-Solv: Staffordshire

Re-Solv, The Society for the Prevention of Solvent & Volatile Substance Abuse [10.10.2004]. <http://www.re-solv.org> (Irland, Schottland, Wales)

Rudgley R. (1999): Lexikon der psychoaktiven Substanzen. Econ&List: München

Sachs, K., Harten, R. (1988): Konsum und Missbrauch von Alkohol, illegalen Drogen, Medikamenten und Tabakwaren durch junge Menschen in Schleswig Holstein.

Ajs-Praxis 4, Neuland: Hamburg

Saß H., Wittchen H.U., Zaudig M. (1996): (Dt. Bearbeitung und Einführung): Diagnostisches und statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV. Hogrefe: Göttingen

Schmid H., Delgrande Jordan M., Kuntsche E.N., Kuendig H. (2003): Trends im Konsum psychoaktiver Substanzen von Schülerinnen und Schülern in der Schweiz. Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme, Forschungsbericht Nr. 39: Lausanne

Schneider W. (1990): Lösungsmittelmissbrauch bei Heranwachsenden als Einstieg in die Drogensucht. Sozialpädiatrie 12, 900-905

Schneider W. (1998): Schnüffelstoffe: Schneller Rausch für wenig Geld. Suchtreport 5, 9-11

.

Schulze-Alexandru M., Kovar K.A. (2000): Schnüffelstoffe. In: Uchtenhagen A., Zieglgänsberger W., München (2000), 117-126

Shepherd, RT. (1989): Mechanism of sudden death associated with volatile substance abuse. *Hum Toxicol* 8, 287-291

Sieber, M. (1988): Zwölf Jahre Drogen. Verlaufsuntersuchungen des Alkohol-, Tabak- und Haschischkonsums. Huber: Bern, Stuttgart, Toronto

Simon R., Strobl M., Bühringer G., Ziegler H., Helas I., Schmidtbreick B. (1990a): Jahresstatistik 1989 der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke in der Bundesrepublik Deutschland (Berichtszeitraum: 1.1.1989 bis 31.12.1989) EBIS-Berichte Bd. 12

Simon R., Strobl M., Bühringer G., Ziegler H., Helas I., Schmidtbreick B. (1990b): Erweiterte Jahresstatistik 1988 der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke in der Bundesrepublik Deutschland (Berichtszeitraum: 1.1.1988 bis 31.12.1988) EBIS-Berichte Bd. 13

Smirnov, VR., Nechiporenko, VV., Berdnik, KP. (1989): Some approaches to understanding the process of drug addiction formation. In: Guzikov, BM. et al. (Eds) *Psychological studies and psychotherapy in narcology*. Bekhterev Inst: Leningrad, 38-43

Smith C., Nutbeam D. (1992): Adolescent drug use in Wales. *Brit Jaddict* 87, 227-233

Suwaki H. (1989): Addictions: What's happening in Japan. *Int Rev Psychiat* 1, 9-11

Terre des Hommes (1988): Bericht aus dem Drogenprojekt La Caleta: „Ich schnüffel schon seit elf Jahren“. *Chile Dossier* 4, 2-4

Terre des Hommes (1992): Straßenkinder in Lateinamerika. Eigendruck: Osnabrück

Thomasius R. (1986a): Lösungsmittelmissbrauch bei Kindern und Jugendlichen - ein Überblick. *Suchtgefahren* 32, 596-598

Thomasius R. (1986b): Hirnorganische Veränderungen nach Lösungsmittelmissbrauch. *Der Nervenarzt* 57, 596-598

Thomasius R. (1988): Lösungsmittelmissbrauch bei Kindern und Jugendlichen.

Forschungsstand und praktische Hilfen. Lambertus: Freiburg

Thomasius R. (1991): Drogenkonsum und Abhängigkeit bei Kindern und Jugendlichen:

Ein Überblick zum Forschungsstand. Sucht 1, 4-19

Thomasius R. (1991): Missbrauch flüchtiger Substanzen. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.) Jahrbuch Sucht 1992, 82-92. Neuland: Geesthacht

Thomasius R. (1995): Familiendiagnostik bei Drogenabhängigkeit. Eine Querschnittsstudie zur Detailanalyse von Familien mit opiatabhängigen Jungerwachsenen. Springer: Berlin, Heidelberg, New York, Tokio

Thomasius R. (1996): Schnüffelstoffe. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren. (Hrsg.) Jahrbuch Sucht 1996, 178-190. Neuland: Geesthacht

Thomasius R. (1999): Flüchtige Lösungsmittel. In: Götz J. (1999): Moderne Suchtmedizin. Stuttgart

Thomasius R. (2000): Schnüffelstoffe. In: Stimmer F., (2000): Suchtlexikon. München, 512-519

Triebig, G. (1989): Gesundheitsrisiken durch organische Lösemittel in Arbeits- und Umwelt. Hamburger Ärzteblatt 5, 181-185

Watson, JM. (1986): Solvent abuse: the adolescent epidemic? Croom Helm: London, Sidney, Wolfeboro

Welsch K., Sonntag D. (2003): Jahresstatistik 2002 der ambulanten Suchtkrankenhilfe in Deutschland. Sucht 49 (Sonderheft 1), 7-41

Wiencke T., Besser L., Thomasius R. (1990): Therapeutische Interventionen bei Lösungsmittelabhängigkeit. Nervenarzt 61, 186-188

Wingert, J.L., Fifield, M.G. (1985): Characteristics of native american users of inhalants. *Int J Addict* 20, 1575-1582

Wittchen H.U. (1988): Follow-up investigations as a basis for need evaluation – an empirical approach to patient-oriented psychiatric need evaluation. In: Zweifel P. (1988): *Neue Ansätze der Bedarfsforschung und neue Formen der Angebotsplanung im Gesundheitswesen*. Bleicher: Gerlingen, 115-177

Wittchen H.U., Perkonig A., Lachner G., Nelson c.B. (1998): Early developmental Stages of Psychopathology study (EDSP): Objectives and design. *Eur Addict Res* 4, 18-27

Wittchen H.U., Lieb R., Bühringer G. (2001): Community based epidemiological data as a rationale basis for designing and prioritising allocation and intervention strategies in substance use disorders. Technische Universität, Dresden

Wittchen H.U., Perkonig A. (2004): Vom individuellen Patientenschicksal zur Priorisierung von Indikations- und Allokationsentwürfen. Poster präsentiert auf dem Statuskolloquium des BMBF-Suchtforschungsverbundes ASAT: Bayern-Sachsen

World Health Organisation (1993): Programme on Substance abuse. Report on phase I of the street children project. WHO: Geneva

Wright, D., Pearl, L. (1995): Knowledge and experience of young people regarding drug misuse, 1969-1994. *BMJ* 310, 20-24

Zank, S. (1988): *Zur Entwicklung des Lösungsmittelschnüffeln bei Jugendlichen und Jungerwachsenen*. Berlin Forschung 19: Berlin

Zur, J., Yule, W. (1990): Chronic solvent abuse: II. Relationship with depression. *Child Care Health Dev* 16, 21-34

9. Anhang

Ergebnisse von Signifikanzprüfungen sind jeweils im Text mitgeteilt.

9.1. Tabellen

Stoffgruppe	Substanz	Chemische Formel
Halogenierte aliphatische Kohlenwasserstoffe	Dichlormethan	CH_2Cl_2
	Trichlormethan (Chloroform)	CHCl_3
	Tetrachlormethan (Tetrachlorkohlenstoff)	CCl_4
	Monochloräthan	$\text{C}_2\text{H}_5\text{Cl}$
	1,2-Dichloräthan	$\text{ClH}_2\text{C}-\text{CH}_2\text{Cl}$
	1,1,1-Trichloräthan	$\text{H}_3\text{C}-\text{CCl}_3$
	1,1,2-Trichloräthan	$\text{ClH}_2\text{C}-\text{CHCl}_2$
	1,1,2,2-Tetrachloräthan	$\text{Cl}_2\text{HC}-\text{CHCl}_2$
	Pentachloräthan	$\text{Cl}_3\text{C}-\text{CHCl}_2$
	1,2-Dichloräthylen	$\text{ClHC}=\text{CHCl}$
	Trichloräthylen (Tri)	$\text{ClHC}=\text{CCl}_2$
	Tetrachloräthylen (Per)	$\text{Cl}_2\text{C}=\text{CCl}_2$
Aliphatische Kohlenwasserstoffe	Benzin	$\text{H}_3\text{C}-(\text{CH}_2)_{4-6}-\text{CH}_3$
	Petroleum	gesättigte und ungesättigte Kohlenwasserstoffe
Aromatische Kohlenwasserstoffe	Benzol	C_6H_6
	Chlorbenzol	$\text{C}_6\text{H}_5\text{Cl}$
	Methylbenzol (Toluol)	$\text{C}_6\text{H}_5\text{CH}_3$
	Dimethylbenzol (Xylol)	$\text{C}_6\text{H}_4(\text{CH}_3)_2$
	Tetrahydronaphtalin (Tetralin)	$\text{C}_{10}\text{H}_{12}$
Alkohole	Methanol	CH_3OH
	Äthanol	$\text{C}_2\text{H}_5\text{OH}$
	Iso-Propanol	$\text{CH}_3-\text{CHOH}-\text{CH}_3$
	Butanol	$\text{C}_4\text{H}_9\text{OH}$
	Iso-Amylalkohol	$(\text{CH}_3)_2\text{CH}-\text{CH}_2-\text{CH}_2-\text{OH}$
	1,3-Dichlor-2-propanol	$\text{ClH}_2\text{C}-\text{C}-\text{CHOH}-\text{CH}_2\text{Cl}$
	Äthylenglykol	$\text{HO}-\text{CH}_2-\text{CH}_2-\text{OH}$
	Diäthylenglykol	$\text{HO}-\text{C}_2\text{H}_4-\text{O}-\text{C}_2\text{H}_4-\text{OH}$
	Äthylenchlorhydrin	$\text{HO}-\text{CH}_2-\text{CH}_2-\text{Cl}$
	1,4-Dioxan	$\text{C}_4\text{H}_8\text{O}_2$
Dichlorhydrin	$\text{ClCH}_2-\text{CH}(\text{OH})-\text{CH}_2-\text{Cl}$	
Äther	Diäthyläther	$\text{H}_5\text{C}_2-\text{O}-\text{C}_2\text{H}_5$
Ketone	Aceton	$\text{H}_3\text{C}-\text{CO}-\text{CH}_3$
	Methyläthylketon	$\text{H}_3\text{C}-\text{CO}-\text{C}_2\text{H}_5$
	Methylisobutylketon	$\text{H}_3\text{C}-\text{CO}-\text{CH}_2-\text{HC}(\text{CH}_3)_2$
Ester	N,N-Dimethylformamid	$\text{HCON}(\text{CH}_3)_2$
	Essigsäureäthylester	$\text{H}_3\text{C}-\text{CO}-\text{OC}_2\text{H}_5$
	Essigsäurebutylester	$\text{H}_3\text{C}-\text{CO}-\text{OC}_4\text{H}_9$
	Essigsäureamylester	$\text{H}_2\text{C}-\text{CO}-\text{OC}_5\text{H}_{11}$

Tabelle 2: Stoffgruppen und chemische Strukturen von organischen Lösemitteln (aus: Thomasius 1986a)

Organ	Symptom / Syndrom	Pathologie
Cerebelläre Veränderungen	-Ataxie, -Koordinationsstörungen, -Dysarthrie, -vertikaler Nystagmus, -bilateral positives Babinski-Zeichen (Boor 1977, Fornazzari et al.1982, King et al.1981, Malm1980)	-cerebelläre Atrophien (Escobar u. Arrufo 1980, Musclow u. Awen 1971, Schikler et al. 1982)
Cerebrale Veränderungen	-organische Encephalopathie (Channer u. Stanley 1983, Goldings 1982, Lewis et al. 1981) -epileptische Anfälle i.S. Grand mal (Allister et al. 1981, Arthur u. Curnock 1982, Coates 1982, King et al. 1981, Lamont u. Adams 1982) -EEG-Veränderungen (Cooper et al. 1985, Devathasan 1984)	-Corticale Atrophie (Altenkirch 1985, Escobar u. Arrufo 1980, Lamont 1982, Schikler et al. 1982) -Atrophie des Nervus Opticus (Cooper et al. 1982, Fornazzari et al. 1982, Keane 1978)
Ausscheidungsorgane	-Leukozyturie (Press u. Done 1967, Sokol u. Robinson 1963) -Hämaturie (Massengale u. Glaser 1963, Moss et al. 1980, Will u. McLaren 1981) -akutes reversibles Nierenversagen (King 1981, O'Brien et al. 1971, Will u. McLaren 1981) -irreversibles Nierenversagen (Russ et al. 1981, Venkataraman 1981)	-Fanconi Syndrom (Moss et al. 1980) -toxisch induzierte Glomerulonephritis (Hamilton et al. 1982) -Antibasal-Glomerulonephritis (Kleinknecht et al. 1980)
Blutsystem	-Hyperchrome Anämie, -Poikilozytose, -Anisozytose (Sokol u. Robinson 1963) -Transitorische aplastische Krisen (Powards 1965) -Enzymverschiebungen (Coulehan et al. 1983, Boeckx et al. 1977)	
Haut	-Periorale u. perinasale Reizerscheinungen, (Ackerly u. Gibson 1964, Harrer u. Kisser 1973, Watson 1976) -Verbrennungen (Altenkirch 1981, Steinke 1972)	-Rhinitis, -Tracheitis (Ackerly u. Gibson 1964, Harrer u. Kisser 1973, Watson 1976)
Leber	-Enzymverschiebungen im peripheren Blut (Altenkirch 1982, Sokol 1968)	-toxische Hepatitis (O'Brien et al. 1971) -fettige Leberdegeneration (Harrer u. Kisser 1937, Morse 1984)
Herz und Herz-Kreislauf-System	-cardiale Rhythmusstörungen, -hyperdynamer Herzstillstand (Bass 1970, Boon 1987, Cunningham et al. 1987, Cronk et al. 1985, Foitzik 1973, Harrer u. Kisser 1973, McLeod et al. 1987, Reinhardt et al. 1971, Taylor u. Harris 1970, Wiseman u. Banim 1987)	-Kardiotoxizität, -Atemstillstand als Folge eines Herzinfarktes (Bass 1970, Boon 1987, Cunningham et al. 1987, Cronk et al. 1985, Foitzik 1973, Harrer u. Kisser 1973, McLeod et al. 1987, Reinhardt et al. 1971, Taylor u. Harris 1970, Wiseman u. Banim 1987)

Tabelle 3a: Gesundheitsschädigende Wirkung chronischer Lösungsmittelinhalation aufs Klein- und Großhirn, auf Ausscheidungsorgane, Blutsystem, Haut, Leber, Herz und Herz-Kreislauf-System (zusammengefasst aus Thomasius 1988, Literaturverweise siehe dort)

Organ	Symptom / Syndrom	Pathologie / Biopsische Befunde
Periphere Nerven	-Toxische periphere Polyneuropathie (Goto et al. 1974, Prockop et al. 1974, Oh et al. 1976, Streicher et al. 1981)	-M/N: regressive Veränderungen (Goto et al. 1974) -N: axonale Ausdehnung, axonale Degeneration, paranodale Lücken, sekundäre Demyelinsierung (Oh et al. 1976)
	-Distale Polyneuropathie (Shirabe et al. 1974, Korobkin et al. 1975)	-N: axonale Degeneration (Shirabe et al. 1974) -N: segmentale Axonausdehnung, Neurofilamentakkumulation, sek. Myelinscheidenverdünnung, paranodale Myelinretraktion, Erweiterung der Ranvierschen Schnürringe (Korobkin et al. 1975) -M: neurogene Atrophie (Shirabe et al. 1974, Korobkin et al. 1975)
	-Progressive sensomotorische Polyneuropathie (Suzuki et al. 1974, Towughi et al. 1976, Altenkirch et al. 1977, Devathanan et al. 1984)	-N: Axonverminderung, Neurofilamentakkumulation, Erweiterung der Ranvierschen Schnürringe, fokale Axonausdehnung -M: Neurogene Atrophie (Towughi et al. 1976, Altenkirch et al. 1977)

Tabelle 3b: Gesundheitsschädigende Wirkung chronischer Lösungsmittelinhalation auf das periphere Nervensystem (N = Nerv, M = Muskel) (zusammengefasst aus Thomasius 1988, Literaturverweise siehe dort)

		Grundgesamtheit	Erziehungsberatungsstellen	Drogenberatungsstellen	Sozialpsychiatrische Dienste	Jugendpsychiatrische Kliniken
Einrichtungen laut Adressengut	n	1806	890	535	305	76
Gruppenanteil an der Grundgesamtheit	%	100	49,3	29,6	16,9	4,2
Ausgewählte Stichprobe	n	422	178	107	61	76
In die Stichprobe einbezogener Gruppenanteil	%	23,4	20,0	20,0	20,0	100,0
Falschadressen	n	7	1	3	3	-
Korrigierte Grundgesamtheit	n	1771	885	520	290	76
Tatsächliche Stichprobe	n	415	177	104	58	76
Gruppenanteil an der Stichprobe	%	100	42,7	25,0	14,0	18,3

Tabelle 4: Zusammensetzung der Grundgesamtheit und der Stichprobe

		Einrichtungen gesamt	Rückant- worter ohne Angaben	Erziehungs- beratungs- stellen	Drogen- beratungs- stellen	Sozialpsy- chiatrische Dienste	Jugendpsy- chiatrische Kliniken
Grund- gesamtheit	n	1771	-	885	520	290	76
Stichprobe	n	415	-	177	104	58	76
Rück- antworter	n	314	1	130	78	47	58
Rücklauf- quote	%	75,7	0,24	73,4	75,0	81,0	76,3

Tabelle 5: Rücklaufquote der Repräsentativumfrage zum Lösungsmittelmissbrauch unterteilt nach betreuenden Institutionen

		Stichprobe	Erziehungs- beratungs- stellen	Drogen- beratungs- stellen	Sozialpsy- chiatrische Dienste	Jugendpsy- chiatrische Kliniken
Rückantworter gesamt	N	313	130	78	47	58
Ja-Antworter	N	76	15	24	8	29
Ja-Antworter	%	24,3	11,5	30,8	17,0	50,0

Tabelle 6: Einrichtungen, die in den Jahren vor 1989 Klienten betreuten, die Lösungsmittel zum Zweck der Rauscherzeugung inhalierten unterteilt nach betreuenden Institutionen

	Rückantworter gesamt N=313		Erziehungs- beratungs- stellen n=130		Drogen- beratungs- stellen n=78		Sozial- psychiatrische Dienste n=47		Jugend- psychiatrische Kliniken n=58	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Alkohol	291	93,0	124	95,4	74	94,9	42	89,4	51	87,9
Arzneimittel	253	80,8	107	82,3	74	94,9	42	89,4	30	51,7
Cannabis	188	60,1	66	50,8	58	74,4	26	55,3	38	65,5
Opiate	107	34,2	21	16,2	53	67,9	22	46,8	11	19,0
Lösungsmittel	76	24,3	15	11,5	24	30,8	8	17,0	29	50,0
Kokain	71	22,7	12	9,2	43	55,1	9	19,1	7	12,1
Synthetische Drogen	61	19,5	10	7,7	37	47,4	8	17,0	6	10,3
Stechapfel und Pilze	5	1,6	1	0,8	3	3,8	-	-	1	1,7

Tabelle 7: Nennung der Drogen (suchterzeugende Stoffe), die von den Klienten der Einrichtungen missbraucht werden unterteilt nach betreuenden Institutionen

	Rückantworter gesamt N=313				
	Rang 1 %	Rang 2 %	Rang 3 %	Ränge zus. %	Ränge zus. n
Alkohol	75,4	10,9	3,8	90,1	282
Arzneimittel	5,8	55,3	12,1	73,2	229
Cannabis	5,1	12,8	26,5	44,4	139
Opiate	6,4	3,2	10,2	19,8	52
Lösungsmittel	1,9	1,9	3,8	7,6	24
Kokain	-	1,3	2,2	3,5	11
Synthetische Drogen	-	0,6	0,3	0,9	3
Stechapfel und Pilze	-	-	-	-	-

Tabelle 8: Nennung der am häufigsten von den Klienten im Jahr 1988 gebrauchten suchterzeugenden Stoffe aller Rückantworter unter Berücksichtigung der angegebenen Rangfolge

	Erziehungs- beratungsstellen n=130		Drogen- beratungsstellen n=78		Sozialpsychiatrische Dienste n=47		Jugendpsychiatrische Kliniken n=58	
	Ränge 1-3 %	Ränge 1-3 n	Ränge 1-3 %	Ränge 1-3 n	Ränge 1-3 %	Ränge 1-3 n	Ränge 1-3 %	Ränge 1-3 n
Alkohol	83,8	122	87,2	68	87,2	41	87,9	51
Arznei- mittel	80,0	104	78,2	61	87,2	41	39,6	23
Cannabis	45,4	59	37,1	29	29,8	14	63,8	37
Opiate	4,6	6	51,2	40	29,8	14	5,1	3
Lösungs- mittel	3,1	4	2,6	2	6,4	3	25,9	15
Kokain	0,8	1	10,2	8	2,1	1	1,7	1
Synth. Drogen	-	-	3,9	3	-	-	-	-

Tabelle 9: Nennung der am häufigsten von den Klienten im Jahr 1988 gebrauchten suchterzeugenden Stoffe unterteilt nach betreuenden Institutionen

	Rückantworter gesamt N=308		Erziehungs- beratungsstellen n=129		Drogen- beratungsstellen n=76		Sozialpsychia- trische Dienste n=46		Jugendpsychia- trische Kliniken n=57	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Informations- material ist ausreichend	43	14,0	25	19,4	8	10,5	5	10,9	5	8,8
Informations- material ist nicht ausreichend	265	86,0	104	80,6	68	89,5	41	89,1	52	91,2

Tabelle 10: Beurteilung ob das verfügbare Informationsmaterial zum Thema Lösungsmittelmissbrauch ausreichend ist unterteilt nach betreuenden Institutionen

		Rückant- worter gesamt	Erziehungs- beratungs- stellen	Drogen- beratungs- stellen	Sozialpsy- chiatrische Dienste	Jugendpsy- chiatrische Kliniken
Valide Antworten	n	73	15	23	8	29
Durchschnittlicher Anteil an Klientel mit Drogen- problemen	%	27,1	9,3	64,7	17,9	8,0
Streuung der Angaben zum durchschnittlichen Anteil dieses Klientels	%	0 - 100	1 - 20	0 - 100	1 - 60	0 - 100

Tabelle 11: Nennung des Anteils jener Klienten, die 1988 die Einrichtung wegen Drogenproblemen aufsuchten unterteilt nach betreuenden Institutionen

	Rückantworter gesamt N=69				
	Rang 1 %	Rang 2 %	Rang 3 %	Ränge zus. %	Ränge zus. n
alleiniger Lösungs- mittelmissbrauch	15,9	-	-	15,9	11
Alkohol	50,7	7,2	4,3	62,2	43
Arzneimittel	1,4	13,0	13,0	27,4	19
Cannabis	8,7	24,6	1,4	34,7	24
Opiate	4,3	1,4	2,9	8,6	6
Kokain	-	1,4	-	1,4	1
Synthetische Drogen	-	1,4	-	1,4	1
unbekannt	18,8	-	-	18,8	13

Tabelle 14: Nennung der am häufigsten in Kombination mit Lösungsmitteln konsumierten Drogen

	Erziehungs- beratungsstellen n=14		Drogen- beratungsstellen n=21		Sozialpsy- chiatrische Dienste n=7		Jugendpsy- chiatrische Kliniken n=27	
	Ränge 1-3 %	Ränge 1-3 n	Ränge 1-3 %	Ränge 1-3 n	Ränge 1-3 %	Ränge 1-3 n	Ränge 1-3 %	Ränge 1-3 n
alleiniger Lösungs- mittelmissbrauch	7,1	1	4,8	1	14,3	1	29,6	8
Alkohol	57,2	8	71,5	15	71,4	5	55,5	15
Arzneimittel	14,3	2	38,1	8	57,2	4	18,5	5
Cannabis	35,7	5	42,9	9	28,6	2	29,6	8
Opiate	-	-	19,1	4	14,3	1	3,7	1
Kokain	-	-	4,8	1	14,3	1	-	-
Synthetische Drogen	7,1	1	-	-	-	-	-	-
unbekannt	35,7	5	19,1	4	-	-	14,8	4

Tabelle 15: Nennung der am häufigsten mit Lösungsmitteln kombinierten Drogen unterteilt nach betreuenden Institutionen

	Rückantworter gesamt N=71					Altersverteilung in der BRD	
	am häufigsten vertreten n	am zweit- häufigsten vertreten n	am dritt- häufigsten vertreten n	am viert- häufigsten vertreten n	selten vertreten n	Ränge 1-5 Wert*	Anteil am Klientel %
jünger als 12 Jahre	1	-	3	5	6	30	4,6
12 - 14 Jahre	18	13	3	4	-	159	24,5
15 - 17 Jahre	36	17	1	-	-	251	38,6
18 - 20 Jahre	8	10	13	2	-	123	18,9
älter als 20 Jahre	8	4	7	2	6	87	13,4

(*: die Werte wurden errechnet, indem die einzelnen Befunde der Wertigkeit der Rangnennungen entsprechend mit einem Multiplikator versehen wurden)

Tabelle 16: Altersverteilung der flüchtige Stoffe konsumierenden Klienten (Ergebnisse aller Rückantworter unter Berücksichtigung der Rangfolge)

	Erziehungs- beratungsstellen n=14		Drogen- beratungsstellen n=22		Sozialpsychia- trische Dienste n=7		Jugendpsychia- trische Kliniken n=28	
	Ränge 1-5 Wert*	Anteil am Klientel %	Ränge 1-5 Wert*	Anteil am Klientel %	Ränge 1-5 Wert*	Anteil am Klientel %	Ränge 1-5 Wert*	Anteil am Klientel %
jünger als 12 Jahre	11	6,9	3	1,4	2	3,3	14	5,9
12 - 14 Jahre	39	24,4	29	13,9	13	21,7	80	33,4
15 - 17 Jahre	49	30,6	61	29,2	24	40,0	117	49,0
18 - 20 Jahre	40	25,0	50	23,9	7	11,7	26	10,9
älter als 20 Jahre	21	13,1	66	31,6	14	23,3	2	0,8

(*: die Werte wurden errechnet, indem die einzelnen Befunde der Wertigkeit der Rangnennungen entsprechend mit einem Multiplikator versehen wurden)

Tabelle 17: Altersverteilung der flüchtige Stoffe konsumierenden Klienten (unterteilt nach betreuenden Institutionen unter Berücksichtigung der Rangfolge)

	Rückantwort- gesamt n=63	Erziehungs- beratungsstellen n=12	Drogen- beratungsstellen n=21	Sozialpsychia- trische Dienste n=7	Jugendpsychia- trische Kliniken n=23
	Geschlechts- verteilung %	Geschlechts- verteilung %	Geschlechts- verteilung %	Geschlechts- verteilung %	Geschlechts- verteilung %
weibliche Klienten	30,7	37,7	14,0	23,6	44,4
männliche Klienten	69,3	62,3	86,0	76,4	55,6

Tabelle 18: Geschlechterverteilung der Lösungsmittel missbrauchenden Klienten unterteilt nach betreuenden Institutionen

	Rückantwort- gesamt N=71		Erziehungs- beratungs- stellen n=15		Drogen- beratungs- stellen n=22		Sozial- psychiatrische Dienste n=7		Jugend- psychiatrische Kliniken n=27	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
vorrangig ein Problem sozial schwacher Schichten	33	46,5	4	26,7	11	50,0	5	71,4	13	48,1
ein Problem aller sozialer Schichten	35	49,3	11	73,3	10	45,5	2	28,6	12	44,4
Beurteilung auf grund zu kleiner Fallzahl nicht möglich	3	4,2	-	-	1	4,5	-	-	2	7,4

Tabelle 19: Beurteilung, ob Lösungsmittelmissbrauch vorrangig ein Problem sozial schwacher Schichten ist, unterteilt nach betreuenden Institutionen

Individuelle Probleme	Rückantworter gesamt N=73		Erziehungs- beratungs- stellen n=15		Drogen- beratungs- stellen n=23		Sozialpsy- chiatrische Dienste n=7		Jugendpsy- chiatrische Kliniken n=28	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Orientierungslosigkeit	46	63,0	12	80,0	12	52,2	6	85,7	16	57,1
Depressive Verstimmungen	39	53,4	7	46,7	11	47,8	2	28,6	19	67,9
Minderwertigkeitsgefühle	32	43,8	5	33,3	14	60,9	3	42,9	10	35,7
Ängste	19	26,0	3	20,0	8	34,8	2	28,6	6	21,4
Einsamkeit	18	24,7	4	26,7	9	39,1	1	14,3	4	14,3
Interesselosigkeit	18	24,7	5	33,3	5	21,7	3	42,9	5	17,9
vermindertes Leistungsvermögen	13	17,8	4	26,7	1	4,3	1	14,3	7	25,0
Aggressivität	13	17,8	3	20,0	3	13,0	2	28,6	5	17,9
Suizidneigung	10	13,7	1	6,7	3	13,0	1	14,3	5	17,9
Krankheit	1	1,4	-	-	1	4,3	-	-	-	-

Tabelle 21: Nennung der häufigsten individuellen Probleme der Lösungsmittelmissbrauchenden unterteilt nach betreuenden Institutionen

Interaktionelle Probleme	Rückantworter gesamt N=73		Erziehungs- beratungs- stellen n=15		Drogen- beratungs- stellen n=23		Sozialpsy- chiatrische Dienste n=7		Jugendpsy- chiatrische Kliniken n=28	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Familienkonflikte	57	78,0	12	80,0	22	95,7	6	85,7	17	60,7
Drogenkonsum im Freundeskreis	37	50,7	9	60,0	12	52,2	5	71,4	11	39,3
„broken home“	34	46,6	3	20,0	12	52,2	3	42,9	16	57,1
Suchttradition in der Familie	25	34,2	6	40,0	9	39,1	4	57,1	6	21,4
Heimkarriere	18	24,7	1	6,7	6	26,0	1	14,3	10	35,7
Konflikte mit Lehrern, Ausbildern, Vorgesetzten	17	23,3	6	40,0	3	13,0	1	14,3	7	25,0
Konflikte im Freundeskreis	5	6,8	2	13,3	1	4,3	-	-	2	7,1
Extreme Mutterbindung	1	1,4	1	6,7	-	-	-	-	-	-
Isolation	1	1,4	1	6,7	-	-	-	-	-	-
Beurteilung nicht möglich	1	1,4	-	-	-	-	-	-	1	3,6

Tabelle 22: Nennung der häufigsten interaktionellen Probleme der Lösungsmittel missbrauchenden Klienten unterteilt nach betreuenden Institutionen

Soziale Probleme	Rückantworter gesamt N=71		Erziehungs- beratungs- stellen n=13		Drogen- beratungs- stellen n=23		Sozialpsy- chiatrische Dienste n=7		Jugendpsy- chiatrische Kliniken n=28	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
psychosoziale Inkompetenz	50	70,4	9	69,2	18	78,3	4	57,1	19	67,9
abgebrochene Schul- oder Berufsausbildung	41	57,7	8	61,5	12	52,2	6	85,7	15	53,6
mangelhafte sozioöko- nomische Bedingungen	26	36,6	3	23,1	10	43,5	3	42,9	10	35,7
Delinquenz	17	23,9	5	39,5	4	17,4	1	14,3	7	25,0
mangelhafte Ausbildungsbedingungen	14	19,7	3	23,1	4	17,4	2	28,6	5	17,9
begrenztetes Freizeitangebot	10	14,1	1	7,7	5	21,7	1	14,3	3	10,7
von Beruf Autolackierer	1	1,4	-	-	1	4,3	-	-	-	-
Ausländerproblematik	1	1,4	-	-	-	-	-	-	1	3,6
Schulkonflikte	1	1,4	1	7,7	-	-	-	-	-	-
keine sozialen Probleme	4	5,6	1	7,7	2	8,7	-	-	1	3,6
Beurteilung nicht möglich	1	1,4	1	7,7	-	-	-	-	-	-

Tabelle 23: Nennung der häufigsten sozialen Probleme der Lösungsmittel missbrauchenden Klienten unterteilt nach betreuenden Institutionen

Entwicklungstrend	Rück- antworter gesamt N=68		Erziehungs- beratungs- stellen n=14		Drogen- beratungs- stellen n=21		Sozialpsy- chiatrische Dienste n=7		Jugendpsy- chiatrische Kliniken n=26	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
gestiegen	32	47,1	6	42,9	9	42,9	2	28,6	15	57,7
gleichbleibend	21	30,9	3	21,4	7	33,3	5	71,4	6	23,1
gesunken	1	1,5	-	-	-	-	-	-	1	3,8
vor 1983 keine dieser Klienten betreut	7	10,3	4	28,6	3	14,3	-	-	-	-
nicht beurteilbar	7	10,3	1	7,1	2	9,5	-	-	4	15,4

Tabelle 24: Einschätzung des Entwicklungstrends des Lösungsmittelmissbrauchs in der BRD in den Jahren 1979 - 1983 unterteilt nach betreuenden Institutionen

Entwicklungstrend	Rück- antworter gesamt N=68		Erziehungs- beratungs- stellen n=14		Drogen- beratungs- stellen n=21		Sozialpsy- chiatrische Dienste n=7		Jugendpsy- chiatrische Kliniken n=26	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
gestiegen	28	41,2	8	57,1	7	33,3	3	42,9	10	38,5
gleich bleibend	30	44,1	4	28,6	11	52,4	3	42,9	12	46,2
gesunken	3	4,4	1	7,1	1	4,8	1	14,3	-	-
nicht beurteilbar	7	10,3	1	7,1	2	9,5	-	-	4	15,4

Tabelle 25: Einschätzung des Entwicklungstrends des Lösungsmittelmissbrauchs in der BRD in den Jahren 1984 - 1988 unterteilt nach betreuenden Institutionen

	Rück- antworter gesamt N=69		Erziehungs- beratungs- stellen n=14		Drogen- beratungs- stellen n=21		Sozialpsy- chiatrische Dienste n=7		Jugendpsy- chiatrische Kliniken n=27	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Es besteht ein Unterschied	35	50,7	6	42,9	12	57,1	5	71,4	12	44,4
Es besteht kein Unterschied	30	43,5	8	57,1	9	42,9	2	28,6	11	40,7
Beurteilung nicht möglich	4	5,8	-	-	-	-	-	-	4	14,8

Tabelle 26: Beurteilung, ob sich Lösungsmittelmissbrauchende von anderen Drogenkonsumenten unterscheiden, unterteilt nach betreuenden Institutionen

Universität Hamburg
Psychiatrische und Nervenlinik

Repräsentativumfrage zum Lösungsmittelmißbrauch

1 Haben Sie in Ihrer Einrichtung in den vergangenen Jahren Klienten/Patienten betreut, die Lösungsmittel zum Zweck der Rauscherzeugung inhalieren?

ja nein

Falls nicht, möchten wir Sie bitten, dennoch die Fragen 2., 3. und 15. zu beantworten.

2 Welche der unten genannten Drogen (suchterzeugende Stoffe) werden von Ihren Klienten/Patienten mißbraucht? (Zutreffendes bitte ankreuzen; Mehrfachantworten sind möglich!)

- | | |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Alkohol | <input type="checkbox"/> Arzneimittel |
| <input type="checkbox"/> Kokain | <input type="checkbox"/> Opiate |
| <input type="checkbox"/> Synthetische Drogen | <input type="checkbox"/> Cannabis |
| <input type="checkbox"/> Lösungsmittel | |
| <input type="checkbox"/> andere (welche? _____) | |

3 Welches sind die drei häufigsten, von Ihren Klienten/Patienten im Jahr 1988 mißbrauchten Stoffe? (Bitte geben Sie eine Rangfolge an!)

1. _____
2. _____
3. _____

4 Wie hoch war 1988 der Anteil jener Klienten/Patienten, die Sie wegen Drogenproblemen aufsuchten (in Prozent)?

_____ %

5 Bitte betrachten Sie nun ausschließlich diese Gruppe von Klienten/Patienten mit Drogenproblemen. Wie groß war im Jahr 1988 schätzungsweise die Anzahl jener, die **Lösungsmittel** zum Zweck der Rauscherzeugung nutzten (absolute Zahl)?

6 Bitte betrachten Sie nun einmal die Gesamtheit Ihrer Klienten/Patienten, die Lösungsmittel mißbrauchten. Wie hoch schätzen Sie dann den Anteil jener, für die die Lösungsmittel eine **vorrangige** Rolle in ihrem (polytoxikomanen) Drogenkonsummuster einnahmen (in Prozent)?

_____ %

7 Welche drei Stoffgruppen wurden am häufigsten mit Lösungsmitteln kombiniert? (Bitte geben Sie eine Rangfolge an!)

1. _____
2. _____
3. _____

8 Hier finden Sie ein Raster zur Aufgliederung des Lebensalters. Bitte geben Sie für Ihre Klienten/Patienten, die Lösungsmittel mißbrauchten, eine Rangfolge an, indem Sie der am häufigsten vertretenen Altersgruppe die Ziffer 1 zuordnen, der zweithäufigsten die Ziffer 2 und so fort.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> unter 12 Jahre | <input type="checkbox"/> 12 bis 14 Jahre |
| <input type="checkbox"/> 15 bis 17 Jahre | <input type="checkbox"/> 18 bis 20 Jahre |
| <input type="checkbox"/> über 20 Jahre | |

9 Bitte schätzen Sie die Geschlechtsverteilung dieser Klienten/Patienten ein (in Prozent)!

weiblich _____ %

männlich _____ %

10 Teilen Sie die Meinung, daß der Lösungsmittelmißbrauch **vorrangig** ein Phänomen sozial schwacher Schichten ist, wenn Sie Ihr Klientel überblicken?

ja nein

11 Auf welchem Wege kamen die lösungsmittelmißbrauchenden Klienten/Patienten in Ihre Beratung/Behandlung? (Bitte wählen Sie die drei häufigsten Überweisungswege aus und bilden Sie eine Rangfolge, indem Sie der bedeutensten Kategorie die Ziffer 1 zuordnen und so fort!)

- | | |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> über Sozialpsychiatrische Dienste | <input type="checkbox"/> über Ärzte |
| <input type="checkbox"/> über Schulpsychologische Dienste | <input type="checkbox"/> direkt |
| <input type="checkbox"/> über Polizei/Gerichte | |
| <input type="checkbox"/> auf Weisung der Erziehungsberechtigten | |
| <input type="checkbox"/> auf Weisung von Lehrern/Ausbildern | |
| <input type="checkbox"/> andere (welche? _____) | |

12 Welche der unten benannten Probleme waren für Ihre lösungsmittelmißbrauchenden Klienten/ Patienten von **besonderer** Bedeutung? (Bitte wählen Sie für jeden der drei Problembereiche jeweils drei Items aus und bilden Sie eine Rangfolge wie in Frage 11.)

individuelle Probleme

- Depressive Verstimmungen
- Minderwertigkeitsgefühle
- Aggressivität
- Interesselosigkeit
- vermindertes Leistungsvermögen
- Orientierungslosigkeit
- andere (welche? _____)
- Ängste
- Einsamkeit
- Suizidneigung

interaktionelle Probleme

- Familienkonflikte
- Konflikte im Freundeskreis
- Suchttradition in der Familie
- Konflikte mit Lehrern/Ausbildern/Vorgesetzten
- Drogenkonsum im Freundeskreis
- andere (welche? _____)
- Partnerkonflikte
- „broken home“
- Heimkarriere

soziale Probleme

- abgebrochene Schul-/Berufsausbildung
- begrenztes Freizeitangebot
- psychosoziale Inkompetenz
- mangelhafte sozioökonomische Bedingungen
- mangelhafte Ausbildungsbedingungen
- Delinquenz
- andere (welche? _____)

13 Wie schätzen Sie – aus der Kenntnis Ihres Klientels/Ihrer Patienten den Entwicklungstrend des Lösungsmittelmißbrauchs für die vergangenen 10 Jahre ein? (Zutreffendes bitte ankreuzen!)

- 1979 bis 1983**
 - gestiegen
 - gleichbleibend
 - gesunken
- 1984 bis 1988**
 - gestiegen
 - gleichbleibend
 - gesunken

14 Meinen Sie, daß sich lösungsmittelmißbrauchende Drogenkonsumenten von **nicht**-lösungsmittelmißbrauchenden Konsumenten unterscheiden? (Zutreffendes bitte ankreuzen!)

- ja nein

Falls ja, nennen Sie bitte in Stichworten, in welcher Hinsicht Lösungsmittelmißbraucher von anderen Drogenkonsumenten abweichen:

15 Sind Sie der Ansicht, daß das verfügbare Informationsmaterial zum Thema Lösungsmittelmißbrauch (Infoblätter, Broschüren, Fachveröffentlichungen etc.) ausreichend ist? (Zutreffendes bitte ankreuzen!)

- ja nein

Vielen Dank für Ihre Mühe

Abschließend möchten wir Sie noch bitten, uns den Namen und die Anschrift Ihrer Einrichtung zu nennen. Falls Sie den Fragebogen anonym zurücksenden wollen, geben Sie bitte zu Auswertungszwecken Ihr Bundesland und die Einwohnerzahl Ihrer Stadt an.

9.3. Anschreiben an die Beratungsstellen

UNIVERSITÄT HAMBURG

UNIVERSITÄTS-KRANKENHAUS
EPPENDORF

Psychiatrische und Nervenklīnik

Universitäts-Krankenhaus Eppendorf · Martinistr. 52, 2000 Hamburg 20 · 11 ·

REFI
REFI
REFIFernsprecher: (040) 4 68- 3207 (Durchwahl)
Behördennetz: 9.03 (")

REFI

Datum und Zeichen Ihres Schreibens

Aktenzeichen (bei Antwort bitte angeben)

Datum

Betreff

-11-

10.5.1990

Umfrage zum Lösungsmittelmißbrauch

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie im Universitätskrankenhaus Eppendorf beschäftigt sich seit einigen Jahren in therapeutischer und in wissenschaftlicher Hinsicht mit dem Mißbrauch flüchtiger Substanzen zum Zwecke der Rauscherzeugung. In unserer speziellen Sprechstunde stellen wir fest, daß diese Art des Mißbrauchs im Hamburger Raum an Bedeutung zugenommen hat. Aus einigen Großstädten erhielten wir Informationen, die einen ähnlichen Trend aufzeigen. Doch weiß man ganz allgemein bisher zu wenig über dieses Problem.

Aus diesem Grund haben wir uns entschlossen, eine repräsentative Auswahl von Erziehungs- und Drogenberatungsstellen, Kliniken und Schulpsychologischen/Sozialpsychiatrischen Diensten zur Relevanz des Lösungsmittelmißbrauchs zu befragen. Das Ziel der Untersuchung ist, einen bundesweiten Überblick zu schaffen – soweit dies unter Zugrundelegung einer Institutionsbefragung möglich ist – und schließlich auf dieser Grundlage therapeutische Strategien zu entwickeln.

Wenn wir Sie heute um Ihre Mitarbeit an dieser Umfrage bitten, geschieht dies in dem Wissen, daß nur eine recht hohe Rücklaufquote einigermaßen valide Ergebnisse sichern kann. Auch falls Ihre Institution bislang nicht mit Lösungsmittelmißbrauchenden Heranwachsenden konfrontiert worden ist, möchten wir Sie bitten, die Fragen 1., 2., 3. und 15. zu beantworten und den Fragebogen an uns zurückzusenden.

Gerade im Drogenbereich hat der Datenschutz eine außerordentlich große Bedeutung. Personenbezogene Daten werden mit dieser Untersuchung nicht erfaßt. Dankbar wären wir Ihnen jedoch für die Angabe Ihrer Einrichtung, die Rücksendung kann aber auch ohne Adressenangabe geschehen.

Über die Ergebnisse dieser Befragung werden wir Sie voraussichtlich Ende des Jahres unterrichten. Für Ihre Mitarbeit danken wir schon an dieser Stelle recht herzlich!

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. Paul Götze
(Geschäftsführender Direktor
der Psychiatrischen und Nervenklīnik)

Dr. Rainer Thomasius
(Sprechstunde für Lösungsmittelmiß-
brauchende Heranwachsende)

10. Danksagung

Zunächst danke ich Herrn Prof. Dr. P. Götze für Überlassung des Themas und für die großzügige Unterstützung und Förderung dieser Arbeit.

Ganz herzlich danke ich Herrn Prof. Dr. R. Thomasius für die umsichtige Betreuung dieser Arbeit. Er begleitete sie kritisch und fachkompetent. Insbesondere danke ich für die vielen ermutigenden Diskussionen.

An dieser Stelle gilt mein Dank auch allen Mitarbeitern der in die Untersuchung eingebundenen Drogenberatungsstellen, Erziehungsberatungsstellen, Sozialpsychiatrischen Diensten und Jugendpsychiatrischen Kliniken, die mit viel Engagement und Sorgfalt an der Repräsentativumfrage teilgenommen haben und so diese Arbeit überhaupt erst möglich gemacht haben.

Besonders bedanken möchte ich mich auch bei Frau Esther Meier und Herrn Robert Bosse, die mir bei der grafischen Gestaltung eine große Unterstützung waren. Ebenso danke ich den Mitarbeitern des Biomathematischen Instituts der Universität Hamburg Eppendorf für ihre wertvolle Unterstützung bei der Planung und Verarbeitung der Datenerhebung.

Herrn Dr. Peter-Michael Sack danke ich für seine hilfreichen Kommentare zum Dissertationsentwurf.

Herzlich danke ich Frau Dr. Doris Hager, Herrn Dr. Jan Hinrich Bräsen und Herrn Dr. Andreas Möbius für ihre freundschaftliche Unterstützung durch wissenschaftliche, konzeptionelle und redaktionelle Bereicherung.

11. Lebenslauf

Peter Thomsen
Damaschkestraße 23
D-10711 Berlin

Persönliche Angaben:

geboren am	21.03.1963
in	Flensburg
Familienstand	geschieden
Staatsangehörigkeit	deutsch

Beruflicher Werdegang:

Seit 01.10.2004	Selbstständige Tätigkeit in eigener Praxis in Berlin
01.12.2003 bis 30.09.2004	Oberarzt in der Salus-Klinik in Lindow Fachklinik für Psychosomatik und Sucht- und Abhängigkeitserkrankungen
01.12.1998 bis 31.10.2003	Assistenzarzt in der Panorama Klinik in Scheidegg / Allgäu Fachklinik für Psychosomatik, Psychotherapeutische Medizin, Naturheilverfahren und Traditionelle Chinesische Medizin
05.06.2003	Anerkennung als „Facharzt für Psychotherapeutische Medizin“ durch die Bayerische Landesärztekammer
16.06.2002	Abschlusszertifikat über Psychologische Traumatherapie mit EMDR
01.12.2001	Akupunktur Diplom A bei der Deutschen Ärztegesellschaft für Akupunktur e.V.
13.11.2001	Anerkennung der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ durch die Bayerische Landesärztekammer
10.10.2001	Zertifikat „Klinischer Hypnosetherapeut“ durch Herrn Prof. Dr. rer. nat. W. Bongartz (Universität Konstanz) am Klingenberg Institut für Klinische Hypnose
24.08.2001	Anerkennung der Zusatzbezeichnung „Naturheilverfahren“ durch die Bayerische Landesärztekammer
01.04.1998 bis 30.11.1998	Assistenzarzt in der Veramed – Klinik am Wendelstein, Fachklinik für Innere Medizin und Rehabilitation, Schwerpunkt: Onkologie

- 01.12.1995 bis 31.05.1997 Assistenzarzt in der Veramed – Klinik am Wendelstein, Fachklinik für Innere Medizin und Rehabilitation, Schwerpunkt: Onkologie
- 14.11.1995 Anerkennung der Bezeichnung „praktischer Arzt“ durch die Bayerische Landesärztekammer
- 19.12.1995 Approbation als Arzt durch die Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Freie und Hansestadt Hamburg
- 01.06.1994 bis 30.11.1995 Arzt im Praktikum in der Veramed – Klinik am Wendelstein, Fachklinik für Innere Medizin und Rehabilitation, Schwerpunkt: Onkologie
- 01.12.1993 bis 31.05.1994 Arzt im Praktikum in der Praxis von Herrn Mathias Kellermann, Facharzt für Allgemeinmedizin, Psychotherapie

Hochschulausbildung:

- Juni 1993 Ärztliche Prüfung, Drittes Staatsexamen, Universität Hamburg
- September 1991 Zweites Staatsexamen
- August 1988 Erstes Staatsexamen
- August 1986 Ärztliche Vorprüfung
- Oktober 1984 Beginn des Medizinstudiums an der Universität Hamburg

Zivildienst:

- 01.07.1983 bis 31.10.1984 Endo-Klinik (Spezialklinik für Knochen- und Gelenkchirurgie) als Krankenpfleger

Schulbildung:

- Juni 1983 Allgemeine Hochschulreife am Klaus-Harms-Gymnasium, Kappeln

Berlin, den 21.06.2005

Peter Thomsen

12. Eidesstattliche Versicherung

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe.

Ferner versichere ich, dass ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

Peter Thomsen